

KODE-M
KOMPETANSE OM DELIRIUM BLANT ELDRE PÅ
MEDSINSK SENGEPOST
En kompetansehevingsstudie

Hanne Aas



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD

15.05.2015



Navn: Hanne Aas	Dato: 15.05.2015
Tittel og undertittel: KOMPETANSE OM DELIRIUM BLANDT ELDRE PÅ MEDISINSK SENGESPOST (KODE-M) En kompetansehevingstudie blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten	
<p>Bakgrunn: Delirium er en tilstand som forekommer hyppig blant eldre som legges inn på sykehus. Tilstanden er forbundet med kognitiv svikt, høy mortalitet og økt liggetid. Sykepleiere har en nøkkelposisjon når det gjelder å kartlegge, identifisere og behandle delirium. Men studier viser at delirium ofte blir oversett, blant annet som følge av at sykepleiere mangler kunnskap om tilstanden. Samtidig viser studier at det er relativt beskjeden innsats som skal til for å øke sykepleiernes kunnskaps- og kompetansenivå.</p> <p>Hensikt: Den overordnede hensikten er å på sikt redusere forekomsten av delirium blant eldre som innlegges i sykehus. I denne studien gjøres det ved å styrke sykepleiernes kompetanse i å identifisere eldre som er i fare for eller som har utviklet delirium for deretter å kunne iverksette forebyggende og behandlende tiltak.</p> <p>Metode: Gjennom deltagelse i et 10 ukers opplæringsprogram om delirium basert på en kunnskapsoverførings modell «Fra kunnskap til handling», ble data fra seks sykepleiere fra medisinsk avdeling innsamlet ved strukturerte samtaleintervjuer og et standardisert spørreskjema før og etter opplæringsprogrammet.</p> <p>Resultater: Sykepleiernes beskrivelser tydet på manglende systematiske rutiner i kartlegging og forebygging av delirium. Den teoretiske kunnskapen om delirium var før opplæringsprogrammet mangelfull og preget av usikkerhet. Etter å ha deltatt i opplæringsprogrammet hadde deltagerne økt sine kunnskaper om delirium og risikofaktorer for å utvikle delirium betydelig. Innføring av standardiserte kartleggingsverktøy hadde styrket sykepleiernes mulighet til å oppdage flere pasienter med delirium, og særlig ble det fremhevet at det var mindre komplisert å differensiere mellom pasienter med demens og pasienter med delirium. For å oppnå en varig endring i praksis pekte deltagerne på nødvendigheten av å gi alle ansatte tilbud om opplæring. Mulighet til å reflektere over egen praksis ble også fremhevet som viktig for å styrke sykepleieres kompetanse i møte med eldre med delirium.</p> <p>Konklusjon: Opplæringsprogrammet med teori og praksis styrket sykepleiernes teoretiske kunnskaper om delirium. Sykepleiernes beskrivelser av kartlegging, identifisering og behandling viste at praksis ble mer systematisk når kompetansen økte. Innføring av standardiserte kartleggingsverktøy er viktig for både identifisering, dokumentering og systematikk i praksis. En sentral utfordring ligger i å få spredt kunnskapen til flest mulig som arbeider i avdelingen</p> <p>Antall ord: 20 977</p> <p>Nøkkelord: Delirium, sykepleiere, kunnskapsoverføring, undervisning</p>	



Name: Hanne Aas	Date: 15.05.2015
Title and subtitle: COMPETENCE REGARDING THE TREATMENT OF DELIRIUM AMONG ELDERLY PASIENTS IN A MEDICAL WARD A study of competence enhancement among nurses in specialized health services	
<p><u>Background:</u> Delirium is a condition that occurs frequently among elderly hospitalized patients. The condition is associated with cognitive impairment, higher mortality and prolonged stays in hospital. Nurses have a key position when it comes to discovering, identifying and treating delirium. However, studies show that delirium is often overlooked by nurses due to lack of knowledge. At the same time studies show that relatively modest effort is required to increase nurses' knowledge and competence regarding the condition.</p> <p><u>Purpose:</u> The overall purpose is to reduce delirium among elderly hospitalized patients. The study aims to achieve this by strengthening the nurses' expertise in identifying elderly who are at risk of developing or who have developed delirium, in order to implement treatment and preventive measures.</p> <p><u>Method:</u> Six nurses who work in a medical ward participated in a 10-week training program on delirium based on a knowledge translation model "From Knowledge to Action ". Data on the nurses' level of knowledge and competence regarding delirium was collected by structured interviews and a standardized questionnaire before and after the training program.</p> <p><u>Results:</u> The data indicate a lack of systematic routines in the monitoring and prevention of delirium. The theoretical knowledge of delirium before the training program was inadequate and characterized by uncertainty. After participating in the training program, the nurses' had increased their knowledge of delirium and risk factors for developing delirium significantly. The introduction of standardized assessment tools had strengthened the nurses' ability to detect more patients with delirium, and made it easier to differentiate between patients with dementia and patients with delirium. To achieve a lasting change in the treatment of delirium the nurses emphasized the necessity of including all employees in the ward in the training program. It was emphasized that the nurses' ability to reflect upon the treatment they administered is important in order to strengthen the nurses' knowledge and competence.</p> <p><u>Conclusion:</u> Training programs based on theory and practice strengthens nurses' theoretical knowledge of delirium. The nurses' descriptions of assessment, identification and treatment shows that the treatment is becoming more systematic when competence increases. The introduction of standardized assessment tools are important for both identification, documentation and systematic practise. The challenge that emerges is to spread the knowledge to as many as possible who work in the medical ward.</p>	
Key words: Delirium, nurses, knowledge transfer, education	

FORORD:

Ja, så var tiden inne og jeg skal levere min masteroppgave, endelig ved veis ende etter 4 år. En morsom og læringsrik periode er nå gjennomført.

Først vil jeg takke mine kollegaer som har deltatt i studien. Takk for deres tålmodighet og ønske om å lære. Deretter vil jeg sende en stor takk til Torild og Elin – uten deres tilrettelegging og støtte hadde ikke studien blitt noe av. Takk til Greg for hjelp med oversettelsen og geriatrik sykepleier Elin for nyttig og god diskusjon og undervisning.

Takk til medstudent Monica for faglige diskusjoner, gode lunsjer, oppmuntring og motivasjon underveis, og ikke minst sendes en stor takk til min veileder Grethe Eilertsen for gode og konstruktive tilbakemeldinger, for at du delte din faglige kompetanse og ikke minst for det gode samarbeidet.

Takk til familie og svigerfamilie for all hjelp. Både for barnepass, husvask og ikke minst gode samtaler underveis. Hadde ikke klart det uten dere. Sist og ikke minst vil jeg takke Magnus og Cecilie. Magnus takk for korrekturlesning, støtte, teknisk hjelp og ikke minst for at du har holdt ut. Cecilie takk for at du har vært tålmodig når mamma til tider har vært opptatt.

Nå gleder jeg meg til å komme ut i praksis igjen å fortsette arbeide med å spre kunnskap om delirium.

Drammen, 10 Mai 2015

Hanne Aas

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Oppbygning av oppgaven.....	2
1.2 Klargjøring av begrepsbruk.....	3
2.0 NÆRMERE OM BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	4
2.1 Sykepleiers rolle i møte med eldre med delirium.....	4
2.2 Sykepleie som profesjon	8
2.3 Faktorer i kunnskapsutvikling	9
2.4 Studiens problemstillinger og forskningsspørsmål	10
3.0 TEORETISKE PERPEKTIVER.....	11
3.1 Hva er kunnskap, kompetanse, og skjønn?	11
3.2 Kunnskapsutvikling i sykepleie	14
3.3 Kunnskapsoverføring fra teori til praksis.....	16
3.4 Fra kunnskap til handling – Knowledge to action.....	18
3.4.1 Kunnskapsdannelse – Knowledge Creation	19
3.4.2 Handlingssirkelen – Action Cycle.....	20
4.0 METODE.....	22
4.1 Studiens kontekst	22
4.2 Rekruttering og utvalg.....	22
4.3 Identifisering av kunnskapshull og kunnskapsdannelse.....	23
4.4 Planlegging av opplæringsprogrammet – Tilpasning til lokal kontekst.....	24
4.4.1 Vurdering av barrierer og støttefaktorer i avdelingen	24
4.5 Datainnsamling	25
4.5.1 Strukturerte intervjusamtaler - før og etter opplæringsprogrammet.....	25
4.5.2 Oversettelse av spørreskjemaet fra engelsk til norsk	26
4.6 Data analyse	29
4.6.1 Intervjusamtalene	29
4.6.2 Spørreskjemaet	30
4.7 Egen erfaring og forståelse.....	30
4.8 Ethiske betraktninger.....	31
4.9 Tilpasse og gjennomføre undervisning	32
4.9.1 Ytre rammer for gjennomføring av undervisningen.....	32
4.9.2 Skreddersy og utvikle undervisningsopplegget.....	33
4.9.2 Gjennomføring av undervisning.....	34
4.10 Overvåke bruken av kunnskap	35
4.11 Evaluering av prosjektet.....	36
4.12 Opprettholdelsen av kunnskap	36

4.13 Studiens troverdighet og overførbarhet.....	37
4.13.1 Metode kritikk	38
5.0 RESULTATER	39
5.1 Sykepleiernes beskrivelse av egne erfaringer fra samtale <i>før</i> opplæringsprogrammet	39
5.2 Sykepleierens beskrivelse av egne erfaringer i samtalen <i>etter</i> opplæringsprogrammet.....	41
5.3 Sammenligning av sykepleieres beskrivelse av egne erfaringer før og etter opplæringsprogrammet	42
5.4 Resultater fra standardisert kunnskapstest <i>før</i> opplæringsprogrammet.....	43
5.5. Resultater fra standardisert kunnskapstest <i>etter</i> opplæring	45
5.6 Sammenligning av resultater fra kunnskapstest før og etter opplæringsprogrammet	46
5.7 Sykepleiernes vurderinger av å delta i opplæringsprogrammet	49
6.0 DISKUSJON	50
6.1 Sykepleiernes beskrivelse av egen kompetanse før og etter opplæringsprogrammet	50
6.1.1 Identifisering og kartlegging av delirium.....	50
6.1.2 Demens versus delirium	52
6.1.3 Behandling av delirium	53
6.2 Kunnskapsutvikling før og etter opplæringsprogrammet.....	55
6.2.1 Kunnskapsutvikling på bakgrunn av standardisert kunnskapstest	55
6.3 Krav om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis	58
6.3.1 Utfordringer i møte med faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis	59
6.4 Refleksjoner rundt kunnskapsoverføring fra teori til praksis	60
6.4.1 Sykepleiernes opplevelse av å delta i opplæringsprogrammet.....	60
6.4.2 Støttefaktorer i gjennomføringen av opplæringsprogrammet	61
6.4.3 Barrierer i gjennomføringen av opplæringsprogrammer.....	62
6.4.4 Refleksjoner over gjennomføringen av opplæringsprogrammet.....	63
6.4.5 Implikasjoner for videre forskning.....	64
7.0 KONKLUSJON	65
LITTERATURLISTE	66

Figurer:

Figur 1 Kunnskapsbasert praksis.....	15
Figur 2 Grahams Modell “Knowledge to action”.....	19
Figur 3 Del I Kunnskaper om delirium (før opplæringen)	44
Figur 4 Del II Kunnskaper om risikofaktorer for delirium (før opplæringen)	44
Figur 5 Del I Kunnskaper om delirium (etter opplæringen).....	45
Figur 6 Del II Kunnskaper om risikofaktorer for delirium (etter opplæringen).....	46
Figur 7 Del I og II Kunnskaper om delirium og risikofaktorer (før og etter opplæringen).....	47
Figur 8 Del I og II Endringer i kunnskaper før og etter opplæring	48

Tabeller:

Tabell 1 Oppsummering av steg i oversettelsesprosessen.....	28
---	----

Vedlegg:

- 1 Undervisningsplan
- 2 Strukturert samtaleintervju guide
- 3 Norsk oversettelse av spørreskjemaet
- 4 Spørreskjemaet: original versjon, norsk versjon, re-oversatt versjon
- 5 Informasjonsskriv til avdelingen
- 6 Informasjonsskriv til deltakerne med samtykkeskjema
- 7 Tilrådning fra Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring ved Oslo universitetssykehus HF

1.0 INNLEDNING

Denne studien, «Kompetanse Om Delirium på Medisinsk sengepost» (KODE-M), har fokus på kompetanseheving blant sykepleiere i møte med eldre pasienter som står i fare for eller som har utviklet delirium. Målet med studien er å øke sykepleieres kompetanse gjennom en kunnskapsbasert tilnærming slik at de kan identifisere, kartlegge og behandle pasienter med delirium. Studien er bygget opp etter en kunnskapsoverføringsmodell utviklet av Graham et al. (2006), og studien skal prøve ut et opplæringsprogram med en teoretisk del og en praktisk del.

I følge Statistisk sentralbyrå vil antall eldre over 80 år øke fra 190 000 i år 2000 til over 500 000 i år 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2012). I «Nasjonal strategiplan for spesialisthelsetjenesten til eldre» (Helse og omsorgsdepartementet, 2008) pekes det på at antallet eldre pasienter øker innen alle tjenestenivåer, bruken av somatiske spesialisthelsetjenester har økt og økningen har vært sterkest blant eldre over 75 år. I Helsedirektoratets rapport «Respekt og kvalitet - Rapport om styrking av spesialisthelsetjenestene til eldre» (2008) stilles det spørsmål ved om de eldre er tjent med utviklingen som spesialisttjenesten har gjennomgått, med økende spesialisering, færre senger og kortere liggetid i sykehus. Rapporten peker samtidig på viktigheten av å opprettholde effektivitets- og kvalitetskrav i den medisinske behandlingen blant de eldre innlagt på sykehus som følge av økning i etterspørselen av tjenestene (Helsedirektoratet, 2008).

Delirium kan ifølge Engedal (2008) betraktes som en uspesifikk reaksjon på en somatisk sykdom eller en forgiftning som medfører en overbelastning på hjernen, «akutt hjernesvikt». Tilstanden er en alvorlig klinisk tilstand og assosieres med negativt utfall som kognitiv svikt og økende morbiditet og bør forhindres så langt det lar seg gjøre (Juliebø, Krogseth, Neerland, Watne, & Wyller, 2012).

Tilstanden rammer særlig eldre som innlegges i sykehus. Studier viser at 31 % av eldre som innlegges har delirium ved innkomst til medisinsk sengepost, og opptil 24 % vil kunne utvikle delirium under oppholdet (Juliebø et al., 2012). Samtidig er det fremholdt at pasienter med demens har 50 % sjanse for enten å ha eller utvikle delirium i forbindelse med innleggelse på sykehus (ibid). Det er derfor avgjørende at sykepleiere i spesialisttjenesten har kompetanse om delirium i den omsorg og pleie de utøver for eldre pasienter på sykehus.

Sykepleiere er i kontinuerlig kontakt med pasientene, og står derfor i en nøkkelposisjon for å kunne identifisere, kartlegge og behandle risikoutsatte pasienter og pasienter med delirium. Forskning viser at sykepleiere overser delirium (Yanamadala, Wieland, & Heflin, 2013). Rice et al. (2011) finner at sykepleiere ikke oppdager delirium, spesielt ikke hypoaktivt (stillegående) delirium. Tilsvarende finner Voyer, Cole, McCusker, St-Jaques og Laplante (2008) at det er en stor grad av underrapportering og mangelfull dokumentasjon av delirium blant sykepleierne. Neerland, Ahmed, Watne, Hov og Wyller (2014) hevder at delirium ofte vil passere udiagnostisert så lenge man baserer seg på subjektiv diagnostikk, klinisk intuisjon og legers og sykepleieres individuelle erfaringer.

Både norske og internasjonale studier har vist at manglende rutiner og implementering av kunnskap medfører mangelfull forebygging og behandling av delirium, noe som utgjør en utfordring for sykepleie praksis (Dahlke & Phinney, 2008; Meako, Thompson, & Cochrane, 2011; Sjøbø, Graverholt, & Jamtvedt, 2012). I enkelte studier hevdes det samtidig at det er relativt lite som skal til for å heve kunnskapsnivået. Intervensjoner med undervisning og opplæring kan være med på å endre personalets kunnskaper og holdninger og dermed legge til rette for bedre behandling. Intervensjonsstudier har vist at delirium kan forhindres og behandles (Inouye et al., 1999; Lundström et al., 2005; Marcantonio, Flacker, Wright, & Resnick, 2001; Wand et al., 2014). Pedagogiske intervensjoner og kompetanseheving blir dermed sentralt for å styrke sykepleiernes muligheter til å kunne identifisere og behandle delirium i praksis (Solberg, Plummer, May, & Mion, 2013).

1.1 Oppbygning av oppgaven

I kapittel to utdypes hvorfor delirium er et aktuell problemstilling, og hvilken rolle sykepleiere har i møte med pasienter som står i fare for eller som har utviklet delirium. I kapittelet beskrives også ulike faktorer som viktig i utvikling av kunnskap.

I kapittel tre, presenteres teoretiske perspektiver omkring kunnskap, kompetanse og skjønn. For å så belyse kunnskapsutviklingen i sykepleie som fag, og deretter hvordan teori kan overføres til praksis.

Metode kapittelet, kapittel fire, er en beskrivelse av opplæringsprogrammet og innføringen av kartleggingsverktøy i praksis. Her beskrives gjennomføringen av studien i tråd med

kunnskapsoverføringsmodellen som er valgt. Planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og evalueringsfasen av opplæringsprogrammet blir nøye beskrevet. I tillegg beskrives rekrutteringsprosessen, utvalget, datainnsamlingen og analysen av dataene.

I kapittel fem presenteres studiens resultater før og etter opplæringsprogrammet, før kapittelet avsluttes med en presentasjon av sykepleierens vurderinger av egen deltagelse i opplæringsprogrammet.

I kapittel seks diskuteres studiens resultater i lys av studiens teoretiske perspektiv og tidligere forskning. I diskusjonen vurderes og drøftes hvordan sykepleiernes beskrivelse av praksis ovenfor eldre som står i fare for eller som har utviklet delirium har endret seg som følge av opplæringen. Avslutningsvis diskuteres og reflekteres det over sykepleiernes opplevelse av å delta i opplæringsprogrammet og gjennomføringen av studien.

1.2 Klargjøring av begrepsbruk

Det er brukt strukturerte intervjusamtaler i studien. De strukturerte intervjusamtale omtales noen ganger som intervjusamtaler og andre ganger som samtaler, med den hensikt å få en best mulig språklig flyt for leserne.

Et spørreskjema er også benyttet for å kartlegge sykepleierens kunnskaper om delirium. Spørreskjemaet blir derfor også omtalt som kunnskapstest i studien.

Det er gjennomført et opplæringsprogrammet som består av både teori og praksis. Når opplæringsprogrammet omtales innebærer det både den teoretiske og den praktiske delen. Teoridelen omtales som undervisning, mens praksis omtales som praksis.

2.0 NÆRMERE OM BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

”Akutt forvirring”, ”akutt hjernesvikt” og ”akutt kognitiv svikt” er begreper som brukes for å betegne delirium. Per i dag er det kun delirium som står oppført som det korrekte begrepet på tilstanden i norsk legeforenings ordliste (Hem, 2012). Har derfor valgt å bruke dette begrepet i studien.

Delirium blir ut i fra ICD-10 klassifisert med redusert bevissthetsnivå i form av nedsatt oppfattelse av omgivelsene, svekket oppmerksomhet, kognitive forstyrrelser, endret psykomotorisk mønster og forstyrrelse av nattesøvnen (Engedal, 2008). Kjernepunktene i diagnosen ligger i bevissthetsforstyrrelse og ny oppstått kognitiv svikt (Wyller, 2011). Det som kjennetegner delirium er at tilstanden har en brå oppstart og veksler fra dag til dag, time til time, hvor pasienten ofte kan ha klare øyeblikk innimellom. Tilstanden kan forekomme både som en hyperaktiv, hypoaktiv og som en blandet utgave. Noen pasienter vil være motorisk urolige, ha raske og usammenhengende tankerekker og lignende, mens andre vil være stille, innadvendte, sløve og lignende. Noen kan også ha en blanding av disse to. Pasienten kan med andre ord både være helt stille og innadvendt eller svært aktiv, noe som kan gjøre oppdagelse av tilstanden vanskelig (Engedal, 2008).

Delirium er for den enkelte pasienten en alvorlig lidelse og for helsevesenet medfører tilstanden økte kostnader. En oversiktsstudie viser forlenget sykehusopphold, økt dødelighet, økt risiko for utvikling av sykehuservervede infeksjoner, trykksår, redusert fysisk og kognitiv bedring, økt risiko for demens samt økt behov for innleggelse på sykehjem som følge av delirium (Wass, Webster, & Nair, 2008).

2.1 Sykepleiers rolle i møte med eldre med delirium

Delirium er klinisk diagnose, og for å kunne sette diagnosen er det viktig å ha god innsikt i hvordan pasientens fysiske og kognitive funksjonsnivå er ved innleggelse samt innhente informasjon om pasientens normale funksjonsnivå (Wyller, 2011). Det er ofte interaksjoner mellom predisponerende faktorer, som høy alder, kognitiv svikt, Parkinson og utløsende faktorer som hoftebrudd, infeksjon, hjerneslag, dehydrering, medikamenter som er med på å

forårsake delirium hos pasienter. Eldre er derfor ekstra utsatt for å utvikle delirium (Neerland, Watne, & Wyller, 2013).

Behandlingen av delirium er knyttet til å finne den eller de bakenforliggende og utløsende årsakene, og behandle disse (Engedal, 2008). På samme tid er det viktig å redusere belastningen deliriumet påfører hjernen. Om lag en tredjedel av tilfellene av delirium hos eldre er legemiddelutløst (Ranhoff & Brörs, 2005). Legemiddelsanering er derfor sentralt i behandlingen av et akutt delirium (Wyller, 2011). Pasienten skal kun ha de medisinene som er absolutt nødvendig i akutfasen. Det er også viktig med nøye vurdering av eventuelt nye medisiner, ettersom de kan forverre deliriumet (Ranhoff & Brörs, 2005). Det trengs derfor kompetente og dyktige leger og sykepleiere i møte med pasienter som står i fare for eller som har utviklet delirium (Gustafson, Lundstrom, Bucht, & Edlund, 2002).

God sykepleie er en viktig del i behandling av eldre med delirium. Sykepleiere må sørge for å hjelpe pasienten til å gjenvinne oversikt og kontroll, og få pasienten tidlig mobilisert. Skjerming, reorientering, synlig klokke og kalender, og tilstedeværelse av pårørende kan være med på å hjelpe pasienten med å opprettholde oversikt og kontroll. I tillegg er det viktig å hjelpe pasienten å få dekt sine grunnleggende behov. Det er sentralt og viktig i behandlingen at pasienten får tilstrekkelig med mat og drikke. Forebygging av obstipasjon og urinretensjon, tilrettelegge for normal døgnrytme og tilstrekkelig med søvn er også viktige aspekter i behandlingen av delirium (Neerland et al., 2013).

Det finnes per i dag ingen medikamentell behandling med signifikant effekt på delirium (Juliebø et al., 2012). Forskning har vist at beroligende medikamenter kan hjelpe i den hyperaktive fasen av deliriumet, men det er kun symptomatisk og for en begrenset periode. Det er først dersom andre miljøtiltak, som nevnt over, er igangsatt uten å ha effekt at medikamenter skal vurderes i behandlingen (Wyller, 2011).

Geriatriske pasienter er ofte sårbare, utsatt for økt skrøpelighet, og har en atypisk sykdomspresentasjon (Fillit & Butler, 2009). Komplikasjoner kan oppstå når behandlingen ikke maktet å oppveie for effekten skrøpeligheten har på medisinske tilstander, noe som kan medføre en skade hos den geriatriske pasienten (Wyller, 2011). Det er sykepleiers oppgave å forstå og inneha kunnskap om hvordan skrøpeligheten innvirker på helsetilstanden hos eldre, og ha kunnskaper om hvordan de kan kompensere med ulike tiltak. Sykepleiere må være forutseende

og proaktive, ha kunnskap om ikke-farmakologiske tiltak og kompetanse i bruk av standardiserte kartleggingsverktøy i møte med eldre som står i fare for å utvikle delirium (Meako et al., 2011). Sykepleie til akutt syke eldre er komplekst og krevende. Det er sentralt med observasjoner og tolkninger av symptomer og tegn, det må gjøres en vurdering av om lege må kontaktes og det må utføres god sykepleie som ivaretar både fysiske og psykiske behov (Ranhoff, 2008c).

Forskning viser at sykepleiere har mangelfulle kunnskaper både om identifisering, kartlegging og behandling av delirium (Dahlke & Phinney, 2008; Inouye et al., 1999; Solberg et al., 2013). Samtidig blir det pekt på hvordan kunnskapsgapet kan reduseres, og hvordan en kan skape endring i praksis (Lundström et al. 2005).

Både nasjonale og internasjonale studier viser at manglende rutiner og implementering av eksisterende kunnskap, medfører mangelfull forebygging og behandling av delirium, noe som utgjør en utfordring i sykepleiepraksis. En norsk studie om sykepleieres møte med delirium blant eldre med hoftebrudd, peker på at sykepleiere ikke har nok kunnskap om forebygging, utløsende årsaker og behandling, samt konsekvensene av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2011). En annen norsk studie av sykepleiepraksis i vurderingen av delirium blant intensivpasienter viste at rådende praksis var i utakt med kunnskapsbaserte anbefalinger (Sjøbø et al., 2012). De overnevnte resultatene tyder på at det er behov for økt kunnskap og kompetanse om delirium i sykepleiefaget og økt forskningsoppmerksomhet rettet mot identifisering og behandling av delirium. Vassbø og Eilertsen (2011) etterlyser en mer systematisk praksis med en felles forståelse, gjennom retningslinjer og prosedyrer i møte med eldre som legges inn på sykehus. Implementering av målrettede intervensjoner syns påkrevd. Kunnskapsmangelen medfører at sykepleiere må improvisere i interaksjonen og samspill med eldre med delirium (Dahlke & Phinney, 2008).

Mangel på kunnskap om delirium og skrøpelige eldre, samt økt effektivisering med dårlig tid og dårlig tilrettelagte omgivelser, er ut i fra forskning fremhevet som en utfordring for sykepleiere (ibid). Gustafson, Lundström, Butck og Edlund (2002) hevder at delirium setter sykehusets kompetanse på prøve. De sier pasientgruppen stiller store krav til god pleie og at det er gjennom den gode pleien delirium behandles. De hevder videre at antall tilfeller av eldre pasienter med delirium som blir oppdaget og diagnostisert er en indikator på kvaliteten på sykehusets tjenester og behandling. Lundström et. al (2005) gjorde en studie hvor de ga

pleiepersonell opplæring i forebygging og behandling av delirium samt at de innførte registreringer og tester knyttet til deliriske pasienter. De konkluderte med at opplæring reduserte varigheten på deliriumet, liggetiden i sykehus, i tillegg til å redusere dødeligheten hos deliriske pasienter (ibid). Flere studier fremhever betydningen av pedagogiske intervensjoner for sykepleiere som sentralt for å i større grad å kunne identifisere og behandle delirium (Solberg et al., 2013; Wand et al., 2014). Studier viser at delirium kan forhindres og behandles (Lundström et al., 2005; Marcantonio et al., 2001).

Det er utviklet flere kartleggingsverktøy med tanke på å avdekke om en pasient har delirium. En av testene er Confusion Assessment Method (CAM). Testen brukes for å påvise om pasienten har delirium. På grunn av testens nøyaktighet og brukervennlighet har CAM blitt den mest brukte standardiserte testen for delirium både i klinisk praksis og i forskningen. Testen er tidseffektiv, den kan utføres på omtrent fem minutter, og kan gjennomføres av sykepleiere (Wei, Fearing, Sternberg, & Inouye, 2008). CAM er ikke en kognitiv test, men en sjekkliste med ulike symptomer (Wyller, 2011). CAM gir diagnosen med ganske god presisjon, men kritikken av testen er at den ikke gir noen form for informasjon om deliriumets alvorlighetsgrad (Juliebö, Lerang, Skanke, & Mowe, 2004). Alvorlighetsgraden kan variere betydelig, noe som naturligvis har stor betydning både ved forskning og i klinisk praksis.

En annen anerkjent test er Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) som måler alvorlighetsgraden av delirium. MDAS er utformet som et spørreskjema, og består av forskjellige spørsmål og oppgaver til pasienten (Breitbart et al., 1997). I de senere år er det kommet ytterligere flere kartleggings- og vurderingsverktøy. Observational Scale of Level of Arousal (OSLA) er en ny skala for måling av pasientens bevissthetsnivå. Testen baserer seg på observasjoner av pasienten og selve utførelsen er raskt, cirka ett minutt. Fire kliniske områder vurderes; åpning av øyne, blikk-kontakt, kroppsstilling og bevegelse hos pasienten. Testen skal kunne vurdere både om pasienten har delirium, men også alvorlighetsgraden av det (Neerland et al., 2014). CAM, MDAS og OSLA er alle oversatt til norsk og tilgjengelig for bruk i sykehuspraksis.

Forskningen som er referert over underbygger min egen erfaring fra praksis. På sengeposten hvor jeg jobber opplever jeg det som krevende å utforme et godt omsorgs- og behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Møtet med deliriske eldre kan være vanskelig, fordi de ofte har liten innsikt i egen situasjon, liten bevissthet om egne behov og liten vilje til å motta hjelp. Samtidig

opplever jeg at rammene på en hektisk sykehusavdeling, ofte gjør det svært utfordrende og vanskelig å yte god omsorg og behandling til denne pasientgruppen.

2.2 Sykepleie som profesjon

En profesjon er et yrke som utfører en tjeneste basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom spesialisert utdanning (Molander & Terum, 2008). Sykepleie er en profesjon. I følge Grimen (2008a) er profesjonell yrkesutøvelse en av måtene vitenskapelig kunnskap kan komme befolkningen til gode på. Det er ikke opp til hver enkelt sykepleier å definere rammene for sykepleie; det er opp til myndighetene. Rammene settes ut i fra ulike lover og retningslinjer, og sykepleiere har ansvar for å oppfylle myndighetenes krav. Alle sykepleiere skal være kjent med og forholde seg til lovene og føringene i utøvelse av sykepleie (Norsk sykepleieforbund, 2011). Helsepersonell-loven §4 (1999) krever at man som helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre om dette er nødvendig. Sykepleiere har derfor en lovpålagt plikt til å holde seg oppdatert slik at pleien som gis utføres faglig forsvarlig (ibid). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pålegger dem å bidra til verdibevisthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap blir innarbeidet og anvendt i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2011). Kvalifisert helsepersonell er en nøkkelfaktor for å kunne ivareta nåværende og fremtidige oppgaver og øke den forebyggende innsatsen i fremtiden.

Kunnskapsutvikling på arbeidsplasser er i stor grad knyttet til arbeidsgiver (Damsgaard, 2010). På samme måte som det finnes kjennetegn på en profesjon, finnes det også kjennetegn på en profesjonell arbeidskultur. En arbeidskultur kan defineres som det grunnsynet som hersker på en arbeidsplass. Kultur er et dynamisk fenomen som skapes i samhandlingen mellom mennesker. Kulturen på en arbeidsplass inneholder dermed ulike strukturer, rutiner, verdier, regler, normer, forventninger og roller (Damsgaard, 2010). En profesjonell arbeidskultur kjennetegnes ved kvaliteten på tjenestene. Kjennetegnene deles inn i objektive og subjektive kjennetegn. Det objektive er knyttet til at tjenesten skal tilfredsstillende gitte krav til system og forutsigbarhet. Det subjektive omhandler pasientene og de ansattes opplevelse av kvalitet på egen arbeidsplass (Strømfors & Edland-Gryt, 2013).

I dag stilles det store krav til effektivitet og innsparinger gjennom stadige omorganiseringer som har resultert i at den tiden sykepleier har til rådighet går med til pleie, koordinering og organisering av arbeidshverdagen. Damsgaard (2010) spør om ikke effektivitetskravet går ut over kunnskapsutviklingen til sykepleierne. Hun hevder videre at effektiviteten også kan gå på bekostning av god omsorg. God omsorg kommer ikke av seg selv, den krever kompetanse og må prioriteres (ibid).

2.3 Faktorer i kunnskapsutvikling

Kvalitet og faglig forsvarlighet henger sammen (Helsepersonelloven, 1999). Helsevesenet er i kontinuerlig endring. Endringer i rammebetingelser, effektivitetskrav og komplekse praksissituasjoner gir store faglige utfordringer. Kravet om et kontinuerlig fokus på faglig forsvarlighet har sitt motsvar i behovet for kontinuerlig læring blant helsepersonell (Bjørk & Solhaug, 2008).

Helsepersonellovens § 16 sier at virksomheter som yter helsehjelp har en plikt til å organiseres seg slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999). Arbeidsgiver har ut i fra loven krav om å legge til rette slik at sykepleiere ikke opplever å stå med den omfattende utfordringen det er å holde seg faglig oppdatert alene. Arbeidsplassen må lage ett felleskap som hjelper til med å håndtere utfordringen (Damsgaard, 2010). Ledere har en sentral rolle i kunnskapsutvikling i avdelingen. Ved innføring av ny kunnskap og nye arbeidsverktøy vil motivasjonen og viljen til å ta imot de nye arbeidsverktøyene alltid variere blant ansatte i en avdeling. En leder skal være med å overvinne eventuelt motstand til endring blant de ansatte og legge til rette for kunnskapsutvikling (Bjørk & Solhaug, 2008).

Når ny kunnskap skal implementere i en arbeidskultur kan det være fare for å bevege seg fra en ytterkant til en annen. Det er viktig å kombinere nye tiltak med eksisterende, for å øke sjansen for å oppnå endring. Glede over ny kunnskap må ikke overskygge den kunnskap som er der fra før. Det må vises respekt for og anerkjenne kunnskapen som kan ligge i arbeidskulturen etter mange års erfaring (Damsgaard, 2010). Læring som foregår i praksis og som tar utgangspunkt i ansattes daglige arbeid gir større effekt, i betydningen av at praktisk kunnskap medfører endring i større grad enn det som skjer eksternt, i forhold til kurs og etter/videreutdanning (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). Sykepleiere fastholder at teoretisk kunnskap og utbytte i

praksis henger sammen. Sykepleie handler ikke bare om å gjøre, men også om å reflektere over det som gjøres, å ha et bredt grunnlag for å forstå og håndtere feltets utfordringer (Damsgaard, 2010). I utviklingen av kunnskap er det viktig å huske at det er individer som skal bære på kunnskap, holdninger og kompetanse, og som skal evne å lære det videre (Strømfors & Edland-Gryt, 2013).

2.4 Studiens problemstillinger og forskningsspørsmål

På bakgrunn av presentasjonen i dette kapittelet er følgende problemstillinger utviklet:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i spesialisthelsetjenesten med delirium blant eldre som innlegges i sykehus og hvilke erfaringer gjør de seg gjennom deltagelse i et opplæringsprogram om delirium?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver sykepleiere egne kliniske erfaringer, kunnskap og kompetanse med å identifisere, forebygge og behandle eldre pasienter som har utviklet eller står i fare for å utvikle delirium i forbindelse med sykehusinnleggelse før opplæringsprogrammet?
2. Hvordan vurderer sykepleierne egen kunnskap og kompetanse etter at opplæringsprogrammet er gjennomført?
3. Hvordan beskriver sykepleiere erfaringer med deltagelse i opplæringsprogrammet om delirium og hvilke endringer dette eventuelt har ført til i den daglige sykepleiepraksisen?

3.0 TEORETISKE PERPEKTIVER

I dette kapittelet beskrives teorier om kunnskap. Ser nærmere på forskjellen mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Videre belyses kompetanse, og hvordan kompetanse og skjønn er en sentral del av kunnskapen. Avslutningsvis vurderes hvordan kunnskap kan overføres fra teori til praksis.

3.1 Hva er kunnskap, kompetanse, og skjønn?

Det finnes ulike måter å forstå praktisk og teoretisk kunnskap på og forholdet mellom de to kunnskapstypene. Det er blitt hevdet at vestens kunnskapstradisjon i stor grad har vært preget av den teoretiske kunnskapen (Molander, 1996). Nordtvedt og Grimen (2004) hevder at i vesten har den praktiske kunnskap lagt i et kunnskapsteoretisk skyggeland fram til det tjuende århundre. Ut i fra Kirkevold (1996) forstås teoretisk kunnskap som abstrakt og generell. Kunnskapen omhandler observerbare og relativt stabile sammenhenger som eksisterer mellom fenomener. Denne kunnskapen omtales som objektiv og lovmessig. Teoretisk kunnskap regnes ikke som verdifri og nøytral, fordi personer kan enes ut i fra bestemte vurderingskriterier innenfor et vitenskapelig miljø. Teoretisk kunnskap er person uavhengig og gjør oss i stand til å beskrive og forklare ulike fenomener (ibid).

Kirkevold (1996) sier at praktisk kunnskap er konkret, subjektiv og historisk. Praktisk kunnskapen knyttes opp mot bestemte opplevelser og hendelser. Det er den personen som har opplevd situasjonen som besitter kunnskapen. Praktisk kunnskap springer ut i fra erfaring og kommer til uttrykk ved handling som har vist seg hensiktsmessig i konkrete problemstillinger. Praktisk kunnskap blir derfor uttrykker gjennom bedømmelser, vurderinger, handlinger og skjønn (ibid).

Grimen (2008a) beskriver to klassiske modeller for å forstå forholdet mellom den praktisk og den teoretisk kunnskap. Den første modellen er eldst og mest utbredt. Modellen betrakter praktisk kunnskap som en anvendelse av teori, og den teoretisk kunnskapen blir primær. Evidensbasering av medisin og helsefag bærer preg av denne tenkningen. Praksis blir i denne modellen omsatt teori. Problemet er at ikke all praksis kan begrunnes og forklares teoretisk, og praksis kan heller ikke utelukkende forstås ved hjelp av teori. Teoretisk kunnskap blir i modellen anvendt og igjen fortolket på forskjellige måte, og utøveren må selv velge hvilke

elementer som er passende for den konkrete situasjonen. I praksis må en i enhver handlingssituasjon foreta en rekke skjønnsbaserte beslutninger, som står i mer eller mindre vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen det handles ut i fra (Grimen, 2009).

Den andre modellen sier at teoretisk kunnskap flyter på et underlag av praktisk kunnskap. Her er det den praktisk kunnskap som blir primær. Teori springer i denne modellen ut i fra den praktisk kunnskap uten å løsrive seg fra den. Teoretisk kunnskap blir da artikulering av praksis. Denne måten å tenke på oppstår i moderne diskusjoner omkring praksis kunnskap. En utfordring med modellen er at det kan lede til en idyllisering av praktisk kunnskap. Kvantefysikk og moderne genetikk er kunnskap som neppe kan sies å være eksempler på artikulering av praksis (Grimen, 2008a).

Det er vanlig i de ulike profesjonene å se en beklagelse over at teori og praksis ikke blir godt integrert. Beklagelsene er ofte legitime. Grimen (2008a) hevder at det på den ene siden er viktige å ha et distansert forhold til teorier, men på en annen side er det også viktig med et distansert forhold til praksis. Ingen teori kan omsettes helt til praksis og mye praksis kan ikke begrunnes teoretisk. Praksis blir ofte tillagt en positiv egenverdi, men det finnes praksiser som er politisk og moralsk forkastelig (ibid).

Grimen (2008a) hevder at det er viktig å unngå forenklete forestillinger som hevder at praktisk eller teoretisk kunnskap anses som enten primær eller sekundær. Spenningen og samspillet mellom den teoretiske innsikten og den praktiske kunnskapen er et komplekst og sammensatt fenomen. Han hevder videre at noe av det særegne ved profesjoners kunnskapsgrunnlag er nettopp forholdet mellom teoretisk innsikt fra ulike fagområder, praktiske ferdigheter og fortrolighet med konkrete situasjoner (ibid).

Etisk kunnskap omhandler både teoretisk og praktisk kunnskap, på grunn av at verken kunnskap eller handling kan sies å være verdinøytralt. Sykepleiere står ofte i situasjoner hvor det er vanskelig å bestemme og utforme tiltak som en anser som nødvendige. I disse situasjoner er det etiske og verdimessige spørsmål det dreier seg om (Kirkevold, 1996). Michael Polani mente det fantes en form for kunnskap som man ikke kunne artikuleres verbalt, og kom da med begrepet tauskunnskap (Grimen, 2008a). Taus kunnskap er i de senere år blitt et motebegrep. Kunnskapen er taus og ligger iboende den enkelte. I dag er det flere begreper for denne kunnskapsformen, innen helsefag omtales den ofte som praktiske handlingskunnskap. Taus

kunnskap kommer ofte frem gjennom refleksjon (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). Refleksjon betyr betraktning, ettertanke og overveielse. Det innebærer å stoppe opp og se på noe på avstand med den hensikt å tolke situasjonen (ibid). Refleksjon er ikke alltid mulig da praktisk og erfarings-basert kunnskap kan tilegnes uten at personen seg selv er bevisst. Ved å være kritisk til egen utøvelse av praksis og refleksjon kan en i mange sammenhenger bidra til mer og bedre læring. Som sykepleier er ingen møter identiske, møtene er komplekse og sammensatte, usikre og ustabile. Det å integrere refleksjon er essensielt for å utvikle de ulike kunnskapstypene, og egen personlig kompetanse. Evner og ferdigheter sykepleiere har opparbeidet seg over tid er en form for taus kunnskap (ibid).

Kirkevold (1996) skriver at den økte anerkjennelse av praktisk og erfarings basert kunnskap selvsagt ikke betyr at alle erfaringer fører til kunnskap, i betydningen av velunderbygget og nyansert viten om et fenomen. På samme måte som erfaringer kan føre til innsikt og kunnskap kan den også medføre fordomsfulle, sneversynte og forvrengte oppfatninger av fenomen, og dermed medføre ukorrekte praktiske ferdigheter. Refleksjon over erfaringer er derfor sentralt og viktig. Mange lignende praktiske erfaringer kan være med på å gi oss en mening om hvordan ting vanligvis er, og på hvilket grunnlag tilsynelatende lignende erfaringer kan være forskjellige. Ved hjelp av refleksjon kan vi trekke kunnskap ut i fra og ut over konkrete handlingssituasjoner og erfaringer vi har opplevd (Strømfors & Edland-Gryt, 2013).

Kompetanse er en kombinasjon av både teoretisk og praktisk kunnskap, og omtales ofte som levende kunnskap. Molander (1996) sier at handlingen er i sentrum av kompetansen og at refleksjon knyttet til handlingen er viktig for kompetanseutvikling. For å kunne utvikle kompetanse er det sentralt at både de etiske, teoretiske og praktiske kunnskaper inkluderes i handlingene. Kompetanse omhandler med andre ord både kognitive, sosiale og atferdsmessige aspekter (Kirkevold, 1996). Kompetanseutvikling har tidligere i stor grad foregått lokalt, basert på erfaringer som er muntlig kommunisert og lært. Det ble tidligere ikke vektlagt å utvikle kompetansen gjennom å lese og vurdere forskning. I dag er det fokus på at kompetanse også kan utvikles og styrkes gjennom formidling av kunnskap ved kurs, faglige diskusjoner, fordypning i litteraturen, veiledning eller faglige prosjekter (Knutheim & Björk, 2013). Kompetanse er en egenskap som er i kontinuerlig utvikling (Kirkevold, 1996).

Skjønnnet er vesentlig i all utøvelse av kunnskap. Skjønn er en form for praktisk resonering, hvor formålet er å trekke konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete tilfeller, men hvor

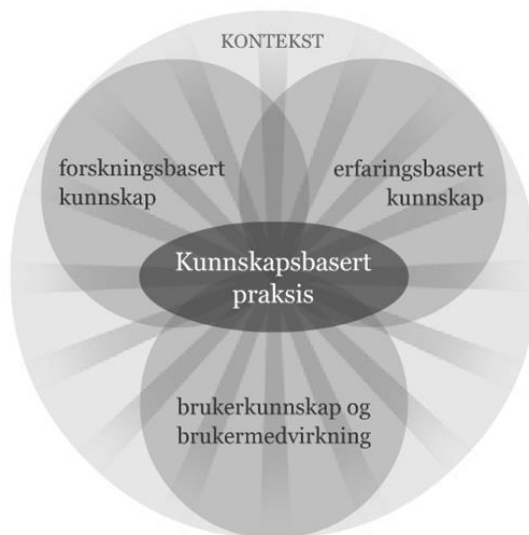
holdepunktene kan være svake (Grimen & Molander, 2008). I følge Grimen og Molander (2008) vil allmenne handlingsregler sjelden gi bestemte konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete enkelt tilfeller, derfor må dømmekraften og derigjennom skjønnnet brukes. Profesjonelt arbeid beskrives som skjønnbasert. Skjønn ses på som en uunngåelig side ved all type praksis som anvender generell kunnskap på enkelttilfeller. Uten situasjoner med en viss grad av ubestemthet og skjønn, vil det neppe finnes grunnlag for profesjonelle. Uten ubestemtheten og skjønnnet ville oppgavene kunne utføres mer eller mindre mekaniske, og det blir da det samme hvem som utøver oppgaven. Sykepleiefaget krever utøvelse av moralsk, juridisk og politisk skjønn i bruken av kunnskap i møte med pasienter (ibid).

Kunnskapsgrunnlaget til sykepleiere er et sammensatt fenomen som består av teoretiske innsikter og ferdigheter som er gjensidig avhengig av og integrert i hverandre. Forståelse av hvordan praktisk og teoretisk kunnskap kan forstås har betydning for hvordan de ulike kunnskapsformene verdsettes og utvikles. Grimen (2008a) hevder at en sykepleier må forene kunnskaper fra alle de ulike vitenskapene med evne til omsorg og kommunikasjon, noe som tydeliggjør kompleksiteten mellom teori og praksis, og underbygger betydningen av faglig refleksjon (Strømfors & Edland-Gryt, 2013).

3.2 Kunnskapsutvikling i sykepleie

Tjenesteutformingen i helsetjenesten er avhengig av sykepleierne og deres kompetanse. Derfor er det viktig å kunne fornye sin kunnskap for å være oppdaterte profesjonsutøvere. I de senere år har det blitt mer og mer fokus evidence informed health care. I sykepleielitteraturen blir ofte begrepet evidensbasert oversatt med kunnskapsbasert (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013).

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisks innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbaser kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2007, s 15)



Figur 1 Kunnskapsbasert praksis

Hentet fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleiere bevisst bruker ulike kunnskapskilder i sin praksis. Figur 1 illustrere de ulike kunnskaperne som alle inngår i kunnskapsbasert praksis, sammen med rammen som er kontekst. Modellen består av seks trinn hvor alle trinnene er viktige i det daglig praksisarbeidet. De seks trinnene er 1) refleksjon, 2) formulering av spørsmål, 3) finne forskningsbasert kunnskap, 4) kritisk vurdering av kunnskapen, 5) se anvendelsen av den forskningsbaserte kunnskapen sammen med den erfaringsbaserte kunnskapen opp mot brukerens behov, 6) å evaluere egen praksis (ibid). Med andre ord oppnås kunnskapsbasert praksis når faglige valg treffes ved å integrere det vi vet sammen med det brukeren ønsker og har behov for (Bjørndal et al., 2013). Den kunnskapsbaserte tenkemåten er med på å sette et kritisk blikk på eget kunnskapsgrunnlag. Denne måten å arbeide på stiller store krav til sykepleieres evne til å stille spørsmål som er gode nok vedrørende egen virksomhet, slik at de finner fram kunnskap på en effektiv måte som deretter vurderes kritisk. Bjørndal et al (2013) stiller spørsmål om sykepleiere i dag er trent i å få fram og inkludere brukerens egne preferanser som en del av beslutningsgrunnlaget for pleien og omsorgen til pasienten.

Grimen (2009) hevder mange har en positiv innstilling til kunnskapsbasert praksis og den blir ansett som en nesten «reseptbelagt» metode for å oversette vitenskap til praksis. Sykepleiere må gjennom en kunnskapsbasert praksis resonere over anvendelsen av både forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerkunnskapen på samme tid, se figur 1. En av utfordringene er at en stor andel av sykepleiere ikke har fått tilstrekkelig opplæring i å bruke og fornye den kunnskapen

de bruker gjennom sin grunnutdannelse. Kunnskapshåndtering er en kjernekompetanse i det moderne samfunnet, og helsetjenesten er en av samfunnets mest kunnskapsintensive virksomheter (Bjørndal et al., 2013).

Forholdet mellom pasient og sykepleier bygger på tillit. Pasienter trenger tillitt for å oppsøke helsevesenet, og for å gi dem informasjonen som trengs for å utøve sin virksomhet. Tillit til sykepleier innebærer å stole på deres kompetanse. Å stole på andres kompetanse er avgjørende i relasjonen mellom sykepleiere og pasienter (Grimmen, 2008b). Sykepleiere har ansvaret for å vise at de er denne tillitten verdig. Dette oppnås ved å sørge for å være faglig oppdatert gjennom en kunnskapsbasert fremgangsmåte. Bjørndalen et al (2013) hevder at ingen ønsker at helsepersonell er nikkedukker. Ved hjelp av en mer kunnskapsbasert praksis vil det skapes mer rom for at helsepersonell kan tenke selv og handle. Gjennom en kunnskapsbasert tilnærming har en som mål å sette den enkelte i bedre stand til å stille kritiske spørsmål og etterspørre informasjon, skille god kunnskapen fra upålitelig eller irrelevant informasjon, og lære å applisere kunnskapen i møte med den enkelt (Bjørndal et al., 2013).

Praksis er tenkt forbedret gjennom å integrere forskningsbasert kunnskap inn i praksis. Men det reises på samme tid spørsmål som hvilken vekt forskjellige typer vitenskap skal ha. Hvilken vekt skal erfaringer og skjønn tillegges, og hvilken vekt klienters, brukeres, pasienter og andres erfaringer tillegges og hvilken vekt skal ønsker og verdier tillegges? (Terum & Grimen, 2009).

3.3 Kunnskapsoverføring fra teori til praksis

Det er i dag en kløft mellom det som det forskes på og det som praktikere ønsker svar på for å drive en tilfredsstillende helsetjeneste (Terum & Grimen, 2009). Sykepleie er en praktisk disiplin og hovedmålet er å gjennom forskning utarbeide kunnskap slik at den kan anvendes i praksis eller til utdannelse av sykepleiere (Bjørk et al., 2013). Det blir produsert og publisert forskning i ett stadig økende omfang, men endringer i praksis og undervisning av sykepleie går saktere (Bjørk et al., 2013). Å overføre kunnskap til praksis har vist seg å være en langsom og tilfeldig prosess, noe som medfører et gap mellom forskning og praksis. Gapet kan medføre at pasienten ikke får den behandlingen som er forskningsbasert og «gunstig» fordi det tar for lang tid før den nye kunnskapen blir en del av praksis (Graham et al., 2006). Det har siden tidlig på 60 tallet vært en gryende oppmerksomhet rundt at forskningen ikke finner sin vei inn i praksis i løpet av en «rimelig tidsperiode». Kunnskapsgapet mellom forskning og praksis er i dag

tilstede i alle nivåer av helsevesenet. I dag stilles det større krav til evidensbasert kunnskap, kostnadseffektiv bruk av ressurser og økt krav til helsevesenets behandling, hvor kravene skal stimulerer til å reduserer gapet mellom forskning og praksis (ibid).

Det finnes i dag 90 ulike termer og begreper som tar siktemål å redusere kunnskapsgapet, noe som er med på å skape en ytterligere forvirring i kunnskapsoverføring fra teori til praksis (Straus, Tetroe, & Graham, 2011). Noen begreper er brukt til å beskrive en hel prosess mens andre er brukt som verb som representerer en handling eller spesifikke strategier. Mange av begrepene betyr det samme, og situasjonene blir ytterligere komplisert ved at begrepene ofte går i hverandre (Graham et al., 2006). Et av begrepene er kunnskapsoverføring (knowledge translation). Begrepet er mye brukt innen helseforskning, og er anerkjent av blant annet Verdenshelse organisasjon (Straus, Tetroe, & Graham, 2009).

Canadian Institute of Health Research (2014) definerer på sin hjemmeside kunnskapsoverføring slik:

A dynamic and interactive process that includes synthesis, dissemination exchange and ethically sound application of knowledge [...] within a complex system of interactions between researchers and knowledge users which may vary in intensity, complexity and level of engagement depending on the nature of the research and the findings as well as the needs of the particular knowledge user.

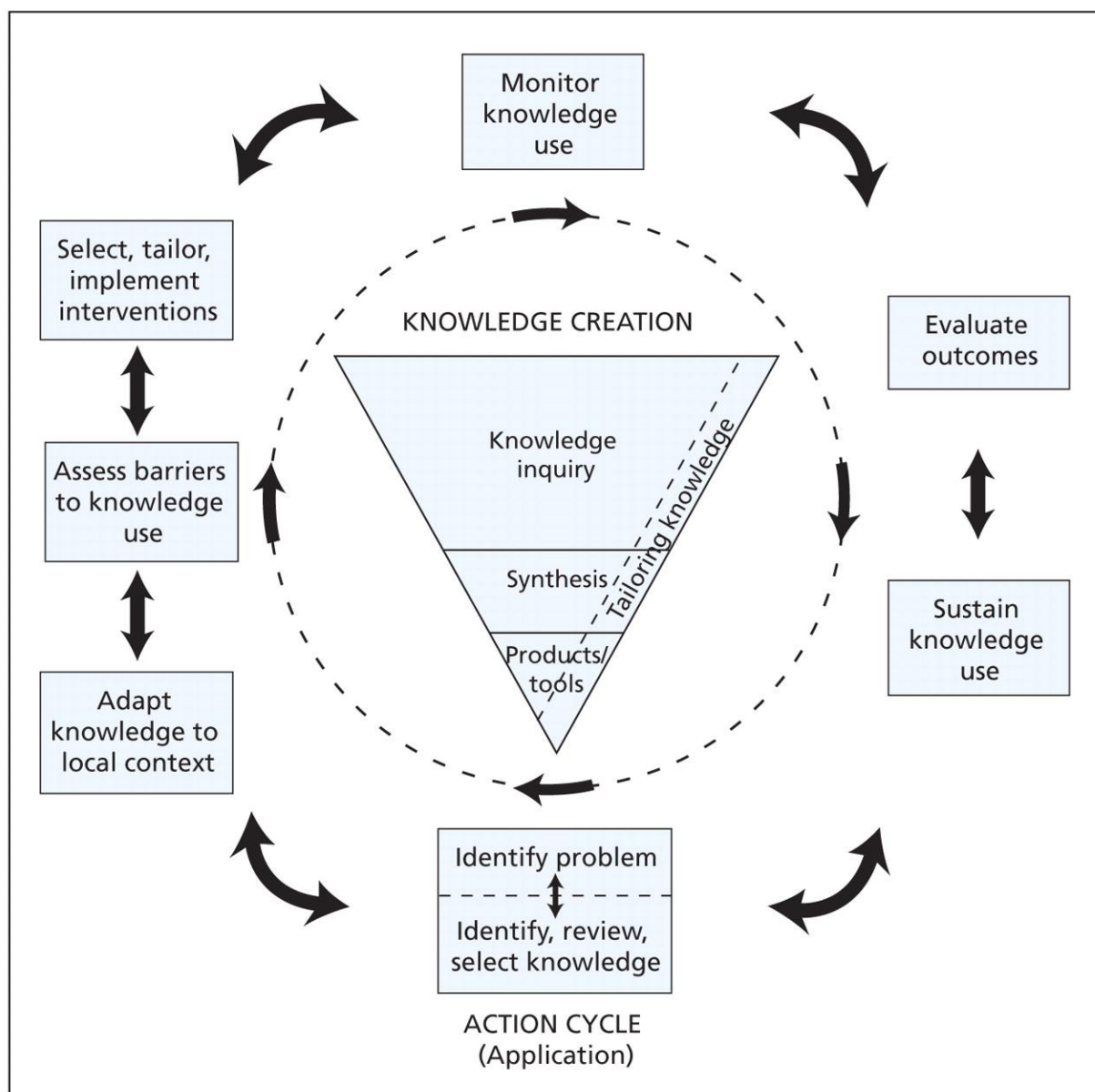
Med andre ord er kunnskapsoverføring en prosess i hvordan kunnskap skal brukes i praktiske avgjørelser. Kunnskapsoverføring kan brukes både av publikum, pasienter, helsearbeidere eller ledere. Kunnskapsoverføring har som mål å tette gapet mellom forskning og praksis (Straus et al., 2011). Definisjonen sier også at det er gjennom samhandling mellom de ulike aktørene at kunnskapsoverføringen skjer.

Kunnskapsoverføring oppleves eller ses på som komplekst og sammensatt, og det er mange ulike faktorer som spiller inn. Bjørk et al. (2013) beskriver i en artikkel utarbeidingen av en kunnskapsoverførings modell som er til bruk i undervisning av sykepleiestudenter i praksis. De beskriver i artikkelen at de ikke brukte noen kunnskapsoverføringsmodell, og at de angret på dette i ettertid. Deres erfaring var at en kunnskapsoverføringsmodell ville vært et viktig og godt hjelpemiddel for å skape struktur i kunnskapsformidlingen. Gjennom en kunnskapsoverføringsmodell vil det skapes dynamisk bevegelse mellom de ulike aktørene som man trenger i den faktiske utvekslingen av kunnskap (ibid).

På grunn av kunnskapsoverføringens kompleksitet er modeller for hvordan implementering av kunnskapen skjer i praksis viktig. Gjennom slike modeller vil en sørge for å implementere anerkjent og sammenfattet forskningskunnskap på en korrekt måte (Graham & Tetroe, 2007).

3.4 Fra kunnskap til handling – Knowledge to action

Det finnes i dag mange modeller og ulike rammeverk som skal hjelpe kunnskapsoverførings prosessen. Graham og Tertroe (2007) fant hele 31 ulike modeller, men de fleste av modellene er ikke testet ut i klinisk praksis. Etter en gjennomgang av de ulike modellene som finnes kom Graham et al frem til modellen «Fra kunnskap til handling» (Knowledge to action). Modellen er bygget på likheter mellom de 31 ulike modellene (Straus et al., 2009). Kunnskap til handling er en modell for både planlegging og evaluering av en kunnskapsoverføring. Modellen er også en strategi for hvordan man skal gå frem (Bjørk et al., 2013). Fra kunnskap til handling er delt inn i to prosesser, den ene er kunnskapsdannelse (Knowledge Creation) og den andre er handlingssirkelen (Action Cycle). Begge disse prosessene består igjen av ulike faser som er knyttet sammen ved at det er flytende og gjennomtrengelige grenser mellom dem (Graham et al., 2006). «Fra kunnskap til handlings modellen» er et kart som skal hjelpe forskere og deltakere gjennom det komplekse og utfordrende prosessen det er å skulle overføre kunnskap til praksis (ibid).



Figur 2 Grahams Modell "Knowledge to action"
Hentet fra: Graham et.al (2006)

3.4.1 Kunnskapsdannelse – Knowledge Creation

Kunnskapsdannelse er formet som en trakt og representerer hovedtypene av den forskning og kunnskap som finnes. Etterhvert som kunnskapen går ned gjennom trakten vil den fremtre som mer og mer raffinert og forhåpentligvis som mer brukbar for dem som skal benytte seg av den. Forskingen blir med andre ord filtrert gjennom de forskjellige fasene med det formål å ende opp med den mest gyldige og brukbare kunnskapen (Graham et al., 2006). Dermed blir kunnskapen skreddersydd til bruk i konkrete situasjoner.

Kunnskapsdannelsen består av tre faser, se figur 2 s.19.

- Fasen 1 handler om å undersøke hvilken kunnskap som er tilgjengelig. Her er det primærstudier og informasjon av varierende kvalitet som blir vurdert. I følge Graham et al. (2006) omtales denne kunnskapen som førstegenerasjons-kunnskap, naturlig og udefinert, en uslipt diamant.
- Fase 2 er en kunnskapssammenfatning som kan kalles andre generasjonskunnskap. Her blir kunnskap slått sammen. Denne sammenslåing av eksisterende kunnskapen vil kunne lage menig av den relevante kunnskaper. Sammenslåingen kommer blant annet til uttrykk i systematiske kunnskapsoppsummeringer eller metaanalyser.
- Fase 3 er tredje generasjonskunnskap og består av verktøy og instruksjoner. Hensikten er å presentere kunnskap klart og tydelig. Ideelt sett er det ønskelig å skape anbefalinger til bruk i praksis for å kunne påvirke hva brukere bør gjøre samt møte deres behov for kunnskap og kunnskapsutvikling.

Hver av de tre fasene er ment til å brukes til å skreddersys kunnskapen til potensielle brukerne om spesifikke tema. Ved at kunnskapen skreddersys er den lettere å videreføre til andre og vil da lettere spres (Straus et al., 2011).

3.4.2 Handlingssirkelen – Action Cycle

Handlingssirkelen brukes når man skal implementere kunnskap i praksis. Handlingssirkelen illustrer endring av praksis, men også her er det transparente skiller i de ulike fasene. Kunnskapsoverføringen er satt opp i en sirkel som følge av at kunnskapsinnføring vil være sirkuler uten en bestemt start og slutt (Graham et al., 2006). Det vil hele veien være en dynamiske bevegelse som avhenger av forholdet mellom de ulike aktørene. Dynamikken er et nødvendig premiss for utviklingen av en felles forståelse av kunnskap (Bjørk et al., 2013). Alle de syv fasene har innvirkning på hverandre og fasene vil bli påvirket av fasen før og etter. Slik vil en gå rundt og rundt i sirkel (Graham et al., 2006).

Sirkelen består av syv ulike faser, se figur 2 s. 19.

- Fase 1 er å identifisere et problem i praksis, enten gjennom en gruppe som sammen finner noe problematisk eller at man finner et gap mellom forskning og praksis. Gyldigheten og nytten i problemet en har for hånden må vurderes.

- Fase 2 er å tilpasse kunnskapen til en lokal kontekst. Tilpasningen vil være en mer eller mindre formell prosess. Her er det viktig å velge kunnskap eller forskning som er relevant. Graham et al (2006) sier at kunnskap sjeldent er tatt direkte fra hyllen og innført i praksis. Den må skreddersys den lokal konteksten.
- Fase 3 er å vurdere eventuelle barrierer. Undersøke hvilke barrierer som kan sette begrensninger for opptaket av kunnskap. Hvordan kunnskap tase imot blir påvirket av innstillingen til deltakerne og i hvilken kontekst kunnskapen fremgår i. Vurderingen i denne fasen bør også identifisere støtte og tilretteleggings faktorer som forskeren kan dra nytte av.
- Fase 4 er gjennomføringen av intervensjonen. Det er mer sannsynlig at intervensjonen vil oppnå endring jo mere planlagt den er. Her må det også gjøres en kontinuerlig barrierevurdering. Det kan dukke opp nye barrierer undervis i undervisningen. Viktig at undervisningen skaper rom for deltakelse og er inkluderende, og på samme kunnskapsnivå som deltakerne.
- Fase 5 er å overvåke kunnskapen som er i bruk og innføringen av eventuelle verktøy i praksis. Her er det viktig å definere hva som menes med bruk av kunnskap for å kunne måle bruken. Å monitorer bruken av kunnskap er nødvendig for å se i hvilken grad kunnskapen har spredd seg til den enkelte deltaker. Overvåkingen kan også bli brukt til å vurdere hvorvidt intervensjonen har vært nok til å få til ønsket endring eller om mer, eller ny intervensjon er nødvendig.
- Fase 6 er en evaluering av kunnskapsoverføringen. Her skal man vurdere om innføringen av kunnskap har medført en endring. Evaluering er den eneste måten å avgjøre om innføringen av kunnskap har vært en suksess og om endringen det medførte var verdt selve kunnskapsoverføringen.
- Fase 7 er å vedlikeholde kunnskapen. Det har vært lite forskning akkurat på dette punktet, og på hvor viktig det er for selve overføringsprosessen. Selv om barrierer for kunnskap kan være forskjellig fra starten av en studie og til slutten burde endringen vært den samme. Graham et al. (2006) anser fasen som en viktig og sentral fase i kunnskapsoverføringsprosessen. Fase er tenkt at skal sette i gang en tilbakemeldingssirkel. Noe som medfører et tilbakeblikk på de ulike fasene for å reflektere over hva som har vært nyttig og ikke.

4.0 METODE

Studien er en kompetansehevingsstudie hvor kunnskapsoverføring fra teori til praksis står sentralt. Kunnskapsoverføringen er basert på modellen «Fra kunnskap til handling» utviklet av Graham et al. (2006). Modellen er lagt til grunn både i utformingen og utarbeidelsen av opplæringsprogrammet, både i den teoretisk og i den praktisk delen. Først belyses kontekst og rekruttering. Deretter er metodekapittelet organisert i tråd med «fra kunnskap til handling modellen» (se figur 2 s. 19). Først belyses identifiseringen av kunnskapshull og kunnskapsdannelsen. Deretter beskrives planleggingsfasen, med vurderinger av støttefaktorer og barrierer, datainnsamlingen og dataanalysen, egen forforståelse og etiske vurderinger. Så ses det nærmere på utarbeidelsen av undervisningsopplegget og gjennomføringsfasen, før evalueringsfasen og opprettholdelsen av kunnskap presenteres i tråd med handlingssirkelens ulike faser. Avslutningsvis belyses studiens troverdighet og overførbarhet.

4.1 Studiens kontekst

Studien ble gjennomført på en medisinsk avdeling der jeg selv jobber på et mellomstort sykehus på Østlandet. Avdelingen er delt inn i tre arbeidsgrupper og har 39 sengeplasser. De siste årene har sykepleiergruppen i avdelingen vært stabil med i alt 54 sykepleiere. For å lykkes med utvikling av kunnskap i praksis er det fremholdt at det er viktig med samhandling mellom forsker og miljøet rundt (Bjørk & Solhaug, 2008).

4.2 Rekruttering og utvalg

Rekrutteringen foregikk ved at jeg informerte om studien på et personalmøte og på et morgenmøte i avdelingen. Rekrutteringen hadde et «førstemann til mølla prinsipp». Ved hjelp av denne rekrutteringsformen kunne de som var interessert i tematikken og som hadde et ønske om å lære melde seg. Det var god respons blant sykepleierne, og i løpet av to dager hadde seks sykepleiere meldt seg, noe som på forhånd hadde blitt vurdert som tilstrekkelig for studien. Deltakelse var frivillig. I kunnskapsutvikling er det viktig å ta hensyn både til indre og ytre motivasjonsfaktorer. Indre motivasjonsfaktorer kommer frem gjennom engasjement og motivasjon, mens ytre rammer som for eksempel tid og støtte fra ledelsen, spiller en sentral rolle i endringsarbeidet (Bjørk & Solhaug, 2008).

Sykepleiernes arbeidserfaring i avdelingen varierte fra 3 måneder til 3 år. Alle har jobbet på avdelingen siden de var nyutdannede, med unntak av en som hadde to måneder på sykehjem. Flere av sykepleierne hadde jobbet på sykehjem og i hjemmesykepleien mens de studerte. To av deltagerne jobbet 100 % stilling, tre i 75 % og en i 50 % stilling. Avdelingen er organisert i tre arbeidsgrupper og deltagerne kommer fra alle de tre gruppene.

4.3 Identifisering av kunnskapshull og kunnskapsdannelse

Som et forarbeid til studien ble delirium introdusert som tema i uformelle samtaler med sykepleierne i avdelingen. Samtalene avdekket manglende kunnskap og oppmerksomhet om delirium og risikofaktorer. Tilstanden opplevdes som et problem i avdelingen. Sykepleierne beskrev et ønske om å endre praksis, og dermed var det et grunnlaget i avdelingen for å gjennomføre en kompetansehevningsstudie.

I tråd med Graham et al (2006) sin kunnskapsdannelse begynte søken etter primærkunnskapen som finnes om delirium blant eldre på sykehus, første fase i kunnskapstrakten (se figur 2 s.19). Søket foregikk gjennom et systematisk litteratursøk i ulike databaser. Databasene som ble brukt var CHINAL, PubMed, Medline, og SveMed +. I tillegg ble bibliotekbasene Bibsys og Bibsys Brage brukt for å finne bøker og masteroppgaver om tematikken. Søkeordene som ble brukt var delirium, nursing, hospitalization, aged og elderly. Gjennom søket ble det gjort mange funn, og det fremkommer at delirium var et felt det var forsket mye på internasjonalt, men relativt lite i Norge. Etter en gjennomgang av primærlitteraturen, gikk min søken videre etter mer systematisert kunnskap, andre fase i kunnskapstrakten (se figur 2 s.19). Graham et al (2006) kaller systematisert kunnskap for sekundærlitteratur ofte fremstilt som metaanalyser eller systematiske kunnskapsoppsummeringer. I denne fasen ble det gjort et tilleggs søk i databasen Cochrane, med fokus på leting etter evidensbasert praksis. Databasen inneholder mye systematisert forskning.

Etter at gjennomgang av litteraturen i litteratursøkene var avsluttet, både de sekundære og primære, ble det søkt etter standardiserte retningslinjer, verktøy og instruksjoner til bruk i møte med pasienter med delirium, fase tre i kunnskapstrakten (se figur 2 s.19). I denne fasen ble det gjort søk på Helsedirektoratet og Helsebibliotekets nettsider for eventuelt å finne nasjonale retningslinjer for behandling av delirium blant eldre i spesialisthelsetjenesten, men søkene viste

at det ikke er utviklet nasjonale retningslinjer. Deretter startet arbeidet med å identifisere screeningverktøy for bruk i møte med deliriske eldre.

Forskningen denne studien tok utgangspunkt i er beskrevet i kapittel to, sykepleiers rolle i møte med eldre med delirium.

I lys av Graham et al (2006) sin kunnskapsdannelse kom det frem et tydelige gap mellom forskning og praksis, fase en i handlingssirkelen (se figur 2 s. 19). Kunnskapsgapet var det et ønske om å forsøke å tette ved hjelp opplæringsprogrammet, som består av både teori og praksis i tråd med gjeldene forskning.

4.4 Planlegging av opplæringsprogrammet – Tilpasning til lokal kontekst

For å kunne innføre kunnskap i praksis hevder Graham at neste ledd er å tilpasse kunnskapen til den lokale konteksten, fase to i handlingssirkelen (se figur 2 s. 19). I følge Graham et al (2006) er det sentralt at kunnskap tilpasses til de som skal motta den. Det å gjøre en passiv diffusjon av kunnskap, inn i hodet og ut i praksis, har vist seg å være en utilstrekkelig strategi når endring skal skapes (Bjørndal et al., 2013). Fase tre i handlingssirkelen, er å avdekke eventuelle barrierer og støttefaktorer for innføringen av kunnskap. For å kunne avdekke barrierene og støttefaktorene er det sentralt å få et innblikk i hva sykepleierne selv ser på som utfordrende (Graham et al., 2006).

4.4.1 Vurdering av barrierer og støttefaktorer i avdelingen

Støttende lederskap, samarbeid og refleksjoner mellom kollegaer er betydningsfullt om en skal få til en endring av praksis (Bjørk & Solhaug, 2008). For at en studie i klinisk setting skal lykkes, må den forankres i ledelsen og legitimeres som ønskelig og hensiktsmessig for hele avdelingen og miljøet (ibid). I avdelingen opplevdes delirium som et tema det var lite fokus på og interesse for.

Da ledelsen ble informert om studien viste de umiddelbart interessere og mente at dette var en aktuell problemstilling i avdelingen. Det ble i den forbindelse utarbeidet ett informasjonsbrev om studien til avdelingsleder, se vedlegg 5. I utarbeidelsen av studien var ledelsen i avdelingen behjelpelig med å skaffe midler og å avsette tid til gjennomføringen. Etter diskusjon med leder kom vi frem at hun hadde mulighet til å sette av en fagdag, med andre ord seks timer til studien.

Ut i fra diskusjon med leder og veileder kom vi frem til at det beste for alle parter var å dele opp dagen i to timer undervisning over tre møter. Deretter var det satt av åtte uker til å implementere de nye kartleggingsverktøyene i praksis. Ettersom at jeg selv arbeidet i avdelingen ville jeg også være mye tilstede og dermed ha mulighet til følge opp sykepleierne i de åtte ukene studien pågikk. Sykepleierne som deltok fikk avspasering for tiden de deltok i studien.

Ut i fra egen erfaring opplevde jeg at tidspress og dårlig tilrettelagte omgivelser med flersengstuer og lange avstander var utfordringer og barrierer i møte med pasienter med delirium. Sykepleiernes holdninger er også trukket frem i forskning som en mulig barriere for innføringen av kunnskaper (Dahlke & Phinney, 2008).

4.5 Datainnsamling

Under beskrives datainnsamlingsmetodene som er brukt i denne studien. Metodene som er brukt har også vært sentrale elementer i planleggingen og evalueringen av opplæringsprogrammet.

4.5.1 Strukturerte intervjusamtaler - før og etter opplæringsprogrammet

Før oppstart av opplæringsprogrammet ble det gjennomført strukturerte intervjusamtaler med hver enkelt av de seks sykepleierne i studien. Basert på litteraturgjennomgangen ble det utviklet en guide for samtalen, jamfør (jmf) vedlegg 2. Samtidig ble det også lagt vekt på at sykepleierne selv skulle fortelle om det de var opptatt av og som de hadde behov for kunnskaper om. Samtalene varte cirka 15 – 20 minutter.

Intervjusamtalene hadde tre hensikter. For det første skulle samtalene bidra med å få innsikt i hvilken kunnskap sykepleierne hadde om delirium. Dette anså jeg som viktig for planleggingen av den teoretiske undervisning om delirium. På den måten kunne jeg utarbeide ett teoretisk undervisningsopplegg som matchet deltakernes kunnskapsnivå (Graham et al., 2006).

De strukturerte samtalene hadde videre til hensikt å skape et grunnlag for å kunne sammenligne svarene før og etter gjennomføringen av opplæringen (teori og utprøvningsperiode) var avsluttet med tanke på å beskrive eventuelle endringer. Den tredje hensikten var å kartlegge eventuelle støttefaktorer og barrierefaktorer i sykepleiernes beskrivelser av praksis. Gjennom

beskrivelsene ville en få forståelse for hvilke faktorer sykepleierne selv mente hjalp eller hindret de i identifisering, kartlegging og behandling av delirium.

Etter at gjennomføringen av opplæringsprogrammet var avsluttet ble det gjennomført nye intervjusamtaler med hver av deltakerne for å få kunnskaper om deres erfaringer med å delta samt deres vurderinger av opplæringsprogrammet. Samtidig som det også i disse samtalene ble lagt vekt på at sykepleierne selv skulle fortelle om sine erfaringer, ble også guiden fulgt med tanke på å frem endringer fra de første samtalene. Samtalene varte cirka 15 – 20 minutter.

Samtaleintervjuene kan på bakgrunn av disse tre hensiktene derfor ikke forstås som kvalitative intervjuer i tradisjonell forstand, men som kunnskapskilder i arbeidet med å utvikle en mer robust og tilpasset opplæring og for å kunne vurdere betydningen av opplæringsprogrammet i lys av sykepleierens erfaringer.

4.5.2 Oversettelse av spørreskjemaet fra engelsk til norsk

Det var ønskelig å benytte et standardisert spørreskjema som kunne gi et bilde av sykepleieres teoretiske kunnskaper om delirium som i tillegg til de strukturerte intervjusamtalene var egnet til å måle en endring som følge av opplæringsprogrammet. Det ble ikke funnet noe norsk spørreskjema for dette formålet, og valget falt derfor på et engelskspråklig spørreskjema som er utviklet og brukt blant sykepleiere og annet helsepersonell i Australia.

Oversettelser av instrumenter fra et språk til et annet gjøres ofte lokalt og uten kontroll av oversettelsesprosessen. Det er viktig å beskrive oversettelsen nøye for å kunne sikre kvaliteten på instrumentet, som skal brukes i klinisk og forskningsrelatert praksis (Reas, Bang, Överås, Lask, & Rö, 2012). Å oversette et verktøy fra et språk til et annet må gjøres systematisk og det er en kompleks prosess (Duffy, 2006). Det kreves bevis for at betydningen av elementene i den oversatte versjon tilsvare elementene i originalen. Med andre ord er der viktigere *å tilpasse ordlyden enn å ha en helt direkte oversettelse* (Reas et al., 2012). Den mest vanlige og mest kjente metoden for å oppnå språklige oversettelser er backtranslation metoden (Duffy, 2006). Backtranslation krever at en tospråklig ekspert oversetter skjemaet fra originalspråket til målspråket, deretter skal en annen tospråklig ekspert, uavhengig av den andre, oversette instrumentet tilbake til originalspråket. Det er viktig at denne tospråklige ekspertten ikke har noen referanse til det opprinnelige instrumentet og dets ordlyd. Deretter sammenlignes det

opprinnelige instrumentet og backtranslationen for å se etter språklige likheter og ulikheter. Dersom det blir registrert problematiske begreper som er re-oversatt annerledes kan det føre til at det vil være en feil i betydningen av begrepene i instrumentet. Backtranslation metoden er med andre ord ikke uten mulige problemer (ibid). Det er viktig i denne prosessen å gjøre en validering for å sikre at redskapet er pålitelig. Valideringen av instrumentet skjer gjerne ved hjelp av en liten studie eller pilotstudie i praksis (Råholm, Thorkildsen, & Löfmark, 2010).

Det aktuelle spørreskjemaet er utviklet av en australsk forskergruppe bestående av Hare, Wynaden, McGowan, Landsborough og Speed (2008) i den hensikt å undersøke sykepleieres kunnskapsnivå om delirium og risikofaktorer for delirium. Spørreskjemaet består av 28 påstander som respondentene skal besvare ved å krysse av for et av de tre svaralternativene: enig, uenig, usikker. Skjema er delt i to deler. Del I består av 14 påstander som omhandler kunnskap om delirium, og del II består av 14 påstander som omhandler kunnskap om risikofaktorer for delirium. Etter tillatelse fra Hare et al. (2008) har jeg i samarbeid med min veileder, samt seks av hennes kollegaer ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, oversatt spørreskjemaet til norsk. Det ble valgt å gjennomføre oversettelsesprosedyren i tråd med beskrivelsen til Reas et al. (2012), jmf. tabell 1. Denne prosedyren er utviklet på bakgrunn av retningslinjene til Verdens helseorganisasjon for oversettelse og tverrkulturell tilpasning av psykologiske instrumenter (World Health Organisation, 2011). I følge Reas et al. (2012) er målet til enhver tid å sikre at oversettelse av instrumentet er komplett, verken lagt til eller fjernet informasjon, nøyaktig og fri for feil, reliabelt, og kulturelt tilpasset. Oversettelsen bør være språklig konsist og klart, og fri for sjargong. Kvaliteten av oversettelsen er avhenger av hvor mange språklige og kulturelle nyanser som instrumentet må tilpasses under oversettelsesprosessen.

Tabell 1 Oppsummering av steg i oversettelsesprosessen

	Beskrivelse av prosessen	Utføres av	Med tanke på
Steg 1.	Oversettelse fra engelsk til norsk. Dersom ingen andre norske versjoner eksisterer, bør to oversettere gjøre dette arbeidet uavhengig av hverandre, slik at det danner grunnlaget for arbeid med steg 2.	Oversetter(e) som har norsk som morsmål, og er flytende i engelsk.	Ekvivalens mellom versjonene, se tekst.
Steg 2.	Identifisere og løse ev. misforhold mellom eksisterende norske oversettelser av den engelske versjonen.	Ekspertgruppe med utfyllende ferdigheter.	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen.
Steg 3.	Tilbakeoversettelse fra norsk til engelsk.	Oversetter som er flytende i norsk, og som har engelsk som morsmål. Denne personen skal ikke ha deltatt under tidligere steg.	Ekvivalens mellom versjonene, se tekst.
Steg 4.	Ekspertgruppen diskuterer uoverensstemmelser mellom den opprinnelige engelske versjonen og den tilbakeoversatte versjonen, og reviderer i forhold til dette.	Samme ekspertgruppe som i steg 2.	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen, ferdigstille den norske oversettelsen.
Steg 5.	Teste den norske oversettelsen på målpopulasjonen for å identifisere eventuelle problemer.	Ingen spesielle krav.	Identifisere ord som er vanskelige å forstå, støtende termer, upresise formuleringer osv.
Steg 6.	a) Teste reliabilitet b) Teste validitet c) Etablere normer	Ingen spesielle krav.	Test-retest-reliabilitet, indre reliabilitet, konstrukt-validitet, diskriminant validitet. Normer for både kliniske og ikke-kliniske populasjoner burde etableres.

Tabellen er hentet fra Reas, Bang, Överås, Lask, & Rö (2012).

Min veileder og jeg, begge sykepleiere, oversatte først hver for oss, steg 1 i oversettelsesprosessen. Deretter ble de to oversettelsene sammenholdt. De ulike nyansene i våre to oversettelser ble nøye gjennomgått og diskutert før vi samlet oss om en felles versjon. I steg 2 vurderte vi det som særskilt nødvendig å kvalitetssikre to påstander fra vår felles versjon. Min veileder la originalversjonen frem i et forskergruppemøte på HBV bestående av seks førsteamanuenser/professorer/stipendiater innen helsevitenskap. Gruppen ble ansett som en ekspertgruppe med høy kompetanse både språklig og i forhold til skjemaets begreper og innhold. Hver av de seks ble enkeltvis bedt om å oversette de to påstandene fra engelsk til norsk uten forhåndskjennskap til vår oversettelse. Deres oversettelser ble så sammenlignet med vår. De språklige nyansene ble grundig gjennomgått inntil vi endte opp med en likhet mellom originalversjonen og den norske oversettelsen som ble vurdert som tilfredsstillende.

Re-oversettelsen, fra norsk til engelsk, steg 3, ble utført av en australsk sykepleier som til daglig arbeider innen norsk spesialisthelsetjeneste. Han snakker flytende norsk og har bestått Bergenstesten¹. Re-oversettelsen ble sammenholdt med originalversjonen. Det viste seg at det

¹ Bergenstesten er en offisiell norsktest, på høyere nivå, som danner grunnlag for opptak til universiteter og høyskoler. I tillegg er den påkrevd for å dokumentere norskkunnskaper i mange bransjer, særlig i helsevesenet (Folkeuniversitetet, 2015)

kun var små nyanser som skilte re-oversettelsen fra originalversjonen. Det ble derfor ikke ansett som nødvendig å sammenkalle ekspertgruppen på nytt. Den norske versjonen ble imidlertid lagt frem og drøftet med en erfaren person som selv forsker innenfor det samme området. Vedkommende hadde ingen innsigelser og gav sin tilslutning til den norske versjonen.

Det neste steget i oversettelsesprosedyren, steg 5, er validering som innebærer kontroll av at spørreskjemaet måler og finner svar på det som det er ment å svare på. I valideringsprosessen skal instrumentet først testes ut i en liten gruppe, målpopulasjonen som i denne sammenheng er sykepleiere i praksis. Denne gruppen skal gi tilbakemelding på om det er ord eller uttrykk de finner vanskelig å forstå, språklige uklarheter og om ordlyden flyter godt. Sykepleierne i den foreliggende studien ble ansett som en passe stor gruppe og derfor godt egnet for å dette formålet. Tilbakemeldingene fra sykepleierne var at de oppfattet spørsmålene/påstandene som relevante. De gav uttrykk for at alle påstandene var lette å forstå, bortsett fra begrepet *persepsjonsforstyrrelser*. Dette var de usikre på hva betydde. I videre testing og bruk av spørreskjemaet anser jeg derfor som nødvendig å erstatte dette begrepet. Innen norsk forskningslitteratur er persepsjon gjennomgående oversatt til *oppfatning* (Wyller, 2011). På bakgrunn av det vil persepsjonsforstyrrelser kunne erstattes med *oppfattelsesforstyrrelser*.

Både den anvendte norske versjonen av spørreskjemaet, se vedlegg 3, og den originale, norske og re-oversatte versjonen er lagt ved oppgaven, se. vedlegg 4.

Det siste steget i oversettelsesprosessen er at spørreskjemaet må testes ut i en større populasjon for å se om den måler det den skal måle (ibid). Dette ligger utenfor det som er mulig å få til innenfor rammen av mastergradsstudiet, men det er en ambisjon å fortsette arbeidet.

4.6 Data analyse

Nedenfor redegjøres det for hvordan dataene er analysert og hvordan de er benyttet i oppgaven.

4.6.1 Intervjusamtalene

Intervjusamtalene er tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart. Den transkriberte teksten ble systematisert ved å gruppere svarene sykepleierne hadde gitt på de forskjellige spørsmålene

før og etter opplæringsprogrammet med tanke på å kunne identifisere likheter og ulikheter i svarene til sykepleierne.

4.6.2 Spørreskjemaet

Ettersom at utvalget i studien er svært begrenset kan det ikke brukes statistikk på svarene i spørreskjemaet. Studien består kun av seks sykepleiere, og det har derfor vært lett å få oversikt og struktur i svarene på spørreskjemaet. Dataprogrammet Excel er blitt brukt til å sette svarene i tabeller og deretter overføre tabellene til søylediagrammer. For å få lette fremstillingen og gi en bedre oversikt over svarene ble svarkategoriene endret fra enig, uenig og usikker til riktig, galt og usikker. Deretter er svarene fra før og etter intervensjonen sammenlignet for å se på hvilke påstander som hadde en positiv, negativ eller uendret endring i antallet svar før og etter opplæringsprogrammet. Søylediagrammene brukes for å gi et visuelt bilde av hvordan sykepleierne svarte på de ulike påstandene.

4.7 Egen erfaring og forståelse

Jeg har jobbet i avdelingen i seks år. Erfaringsmessig utgjør eldre en stor andel av pasientgruppen i avdelingen, og jeg har alltid syntes det har vært utfordrende og spennende å jobbe med de eldre. Min opplevelse var at det ikke var fokus på tilstanden delirium blant mine kollegaer. Selv ble jeg gjort oppmerksom på denne tilstanden i undervisning på videreutdanningen min i geriatri og så at praksis i min avdeling ikke var i tråd med retningslinjene og behandlingen som ble beskrevet i undervisningen. Jeg opplevde at det var relativt små grep som skulle til blant ansatte og ledelse som hadde i seg et potensiale for bedre behandling og omsorg til pasienten.

Rammene og utfordringene i avdelingen var jeg derfor godt kjent med: en kan si at jeg forsker på hjemmebane. Prosedyrer og interne forhold i avdelingen hadde jeg god kjennskap til. Som følge av kjennskapet til interne forhold, trengte jeg ikke bruke tid på lære avdelingens normer, språk og interne kodene. Min erfaring spilte inn i utformingen av samtaleguiden, utformingen av undervisningsopplegget og gjennomføringen av studien. Tematikken er noe jeg brenner for og har derfor et ønske om endring, og en motivasjon til å lære fra meg mest mulig i håp om at sykepleierne skulle få samme engasjementet og utføre bedre pleie og omsorg for denne pasientgruppen.

I gjennomføringen av opplæringsprogrammet hjalp «Fra kunnskap til handling» modellen meg til å holde et god struktur i utarbeidelsen og gjennomføringen av opplæringsprogrammet (se figur 2 s. 19). Modellen, som fremhever betydningen av kunnskapstilpasning til lokal kontekst, hjalp meg å finne det riktige bilde av sykepleiernes kompetanse om delirium. Ved hjelp av samtalene og spørreskjemaet fikk jeg innblikk i sykepleiernes forståelse, og kunne dermed tilpasse min egen forforståelse. Dette viste seg å være av avgjørende betydning for å kunne legge til rette for undervisning ut i fra sykepleiernes kunnskapsnivå, og ikke ut i fra en mindre presis og usikker antagelse om hva de kunne.

4.8 Etiske betraktninger

Etiske avgjørelser skal være en integrert betraktning gjennom hele forskningsprosessen. Forskningsetiske retningslinjer blir definert i Helsinkideklarasjonen (2013). Min studie skulle gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Studien var meldepliktig til Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring ved Oslo universitetssykehus HF. Det ble søkt og personvernombudets tilrådning ligger som vedlegg 7.

Når en kollega skal forske på egne kollegaer kan det være en etisk utfordring. En forskeren må kunne gjennomføre de kritiske refleksjonene som forskningen krever. Forskeren må da vurdere behovet for nærhet opp imot et behov for distanse (Johnsen, Halvorsen, & Repstad, 2009). I denne studien var det essensielt med innsikt og innblikk i nyansene som ligger i avdelingen, for å kunne få til et mest mulig tilpasset opplæringsprogram og endring av praksis. Kjennskapen til praksis og avdelingen var til hjelp i observering av hvordan forskningen ble motta og kom til anvendelse i praksis.

Alle sykepleierne meldte seg ved gi informert samtykke om deltakelse i prosjektet, se vedlegg 6. De hadde til enhver tid mulighet til å trekke seg fra studien inntil dataene var transkribert og anonymisert.

Spørreskjemaene ble nummererte. Dette ble gjort for at sykepleierne i evalueringssamtalen skulle ha mulighet til å se hva de hadde svart ved studiens start. Spørreskjemaene ble utfylt i etterkant av intervjusamtalene før og etter opplæringsprogrammet. Kun en sykepleier og jeg

var tilstede, så ingen av de andre sykepleierne hadde mulighet til å vite hvordan de andre hadde gjort det.

I følge Helsinkideklarasjonen (2013) er det viktig å bruke vårt beste skjønn til en ansvarlig forskningsetikk, slik at vi ikke krenker de som har vist oss tillit i forskningens navn. Et spørsmål som kom opp i forbindelse med å forske på egen arbeidsplass var hvordan jeg skulle forholde meg hvis jeg fant praksis som var lite flatterende eller kritikkverdig. For eksempel ville det kunne komme frem uttalelser som kunne være til skade for sykepleierne, avdelingen eller sykehuset. Dette var problemstillinger som ble drøftet med veileder og medstudent før oppstart. For meg var det viktig å skulle prøve å skape en endring, følgelig ble det å eventuelt skulle måtte rapportere kritikkverdige forhold mindre vanskelige enn om jeg skulle gjennomføre studien uten støtte fra ledelsen. Behovet for støtte og tilrettelegging overgikk dermed vanskene med å eventuelt skulle måtte rapportere kritikkverdige funn på en måte som ivaretok sykepleierne i studien. Jeg fant ikke gjennom studien forhold som jeg følte behov for å melde fra om. Sykepleierne og avdelingen stod heller ikke ut i fra mine funn i fare for å bli krenket. De forhold som kom frem var forhold som var godt kjent i avdelingen fra før.

4.9 Tilpasse og gjennomføre undervisning

Jo mere planlagt innføring av kunnskap er, jo større sannsynlighet er det for at det medfører endring i praksis (Graham et al., 2006). Under beskrives fase fire i handlingssirkelen som handler om tilpasningen og gjennomføringen av opplæringsprogrammet, se figur 2 s. 19. Også i denne fasen er det ifølge Graham et al. (2006) viktig å rette oppmerksomheten mot mulige nye barrierer som kan forekomme. Under beskrives først ytre rammer for undervisningen, så utviklingen av undervisningsopplegget for å tilslutt se på selve gjennomføringen av den teoretiske undervisningen.

4.9.1 Ytre rammer for gjennomføring av undervisningen

Sykepleierne jobbet alle i 3-delt turnus, og det ble derfor en utfordring å finne undervisningstid som kunne passe alle sammen. Løsningen ble å legge til rette for samme undervisningen flere ganger. Den første og tredje undervisningsbolken ble begge holdt to ganger, mens undervisningsbolk to var alle tilstede på samtidig. Selve undervisningene ble fordelt over tre uker, og var lagt til kl. 14-16. Slik passet det for både dagskift og kveldsskift.

Undervisningen ble holdt i et eget rom borte fra avdelingen for å unngå forstyrrende faktorer. Sykepleierne kunne også ha sine private klær om ønskelig. Enkel servering med frukt og kaffe fremmet en avslappet atmosfære som inviterte til refleksjon og diskusjon.

4.9.2 Skreddersy og utvikle undervisningsopplegget

Med bakgrunn i forskning, egne erfaringer, samtaleintervjuene med sykepleierne og de utfylte spørreskjemaene startet utarbeidelsen av undervisningsopplegget. Dette skulle skreddersys sykepleierne som deltok i studien. Graham et al (2006) hevder at for å kunne oppnå en endring er det viktig at undervisningen gir mulighet for deltakelse og er tilrettelagt deltakernes kunnskapsnivå.

I studien ble det ut i fra forskningen og i samarbeid med veileder satt opp en stikkordsliste over hva undervisningen burde inneholde av informasjon og hvilke av kartleggingsverktøyene som skulle innføres. Jeg valgte å ha med både CAM, MDAS og OSLA. For å gjennom refleksjon og diskusjon med sykepleierne kunne vi sammen komme frem til hvilken av kartleggingsverktøyene som ville passe best i vår avdeling.

I forkant av undervisningen ble det utarbeidet en mappe til alle sykepleierne som inneholdt ulike artikler om delirium. Første artikkelen er en oversiktsartikkel som tok for seg hva delirium er (Neerland et al., 2013), den andre omhandler delirium og medisinerings (Ranhoff & Brörs, 2005), og den siste artikkel handler om delirium og sykepleietiltak (Böyum, 2013). Sykepleierne fikk også utlevert sykehusets interne prosedyrer for identifisering og behandling av delirium. CAM, MDAS og OSLA var lagt med i papirformat i mappen. Mappen var ment å skulle skape inspirasjon til mer læring, og var en mappe sykepleierne kunne bruke til å finne svar på eventuelle spørsmål som kunne oppstå underveis.

Alle sykepleierne ga uttrykk for at delirium var et tema de hadde lite kunnskap om. Dette la grunnlaget for undervisningen. Undervisningen ble delt opp i tre undervisningsbolker, jmf undervisningsplan vedlegg 1.

Den første undervisningsbolken skulle ha fokus på hva som kjennetegner den geriatrike pasienten og hva som kjennetegner delirium. Temaene inkluderte risikofaktorer, forekomst og

behandling. Sykepleierne hadde i forkant beskrevet både det å skille mellom demens og delirium og medisinerings som ekstra utfordrende i møte med denne pasientgruppen. I undervisningen ble det derfor lagt vekt på forskjellen mellom demens og delirium og utfordringer med delirium og medisinerings. Forelesningen skulle også innholdet ulike pasientcase for å inspirere sykepleierne til diskusjon og refleksjon. Det var satt av tid til å dele erfaringer fra praksis underveis i undervisningen.

Den andre undervisningsbolken skulle omhandle de ulike screeningverktøyene CAM, MDAS og OSLA. Geriatrisk sykepleier fra poliklinikken skulle komme og fortelle om CAM og hennes erfaring med delirium. Hun skulle også informere om hvilke tilbud de har på poliklinikken. Deretter skulle vi i felleskap gå gjennom de andre testene. Målet var at vi gjennom diskusjon og refleksjon sammen skulle komme frem til hvilke av kartleggingsverktøyene som ville passe best i vår avdeling. Det var også satt av tid til refleksjon og diskusjon om pasientsituasjoner sykepleierne hadde møtt på siden den første undervisningen.

Den siste undervisningsbolken omhandlet sykepleieres rolle og ansvar i møte med pasienter med delirium. Hva kan vi som sykepleiere gjøre i dette møte med tanke på; tilrettelegging, behandling og utførelse av god sykepleie. Undervisningen skulle også ha fokus på dokumentasjon av tilstanden. Tid til å diskutere den videre gangen i studien var også inkludert i undervisningsbolken.

4.9.2 Gjennomføring av undervisning

I løpet av undervisningen fikk jeg gjennomgått den teorien jeg på forhånd hadde et ønske om å gjennomgå. Det var variasjoner fra undervisning til undervisning, og fra gruppe til gruppe, hvor god refleksjon og diskusjon som oppstod. Pasientcasene var til god hjelp for å skape diskusjon i gruppen. Sykepleierne ga underveis uttrykk for at det var kjekt å få å lære noe nytt, og de fremholdt at de følte progresjon imellom de ulike undervisningsbolkene. Det ble mer diskusjon og refleksjon i undervisningsbolkene jo lengre ut i studien vi kom.

Etter diskusjon og refleksjon med sykepleierne ble vi enig om å starte med å innføre CAM og ha MDAS og OSLA tilgjengelig i avdelingen. Sykepleierne og jeg ble enig om å legge de ulike kartleggingsskjemaene i papirform i en egen hylle på arbeidsrommet som vi ble enig om å merke delirium. Kartleggingsskjemaene ble vi enige om at skulle utfylles i papirform for å så

legges i pasientens kurve slik at legen og sykepleieren kunne se på dem under visitt. CAM skulle fylles ut en gang per vakt per pasient med delirium (Wei et al., 2008). Når kartleggingsskjemaet lå i kurven ville det ligge lett synlig, og være lettere å huske å fylle ut. Svarene fra utfylte skjemaer ble vi enig om at skulle dokumenteres i pasientens journal.

Etter at de tre undervisningsbolkene var gjennomført var det god stemning i gruppen, og alle var motiverte for å bringe sin nye kunnskapen ut til de andre som arbeider i avdelingen. Nå var utfordringen å holde denne motivasjonen og interessen oppe i de neste åtte ukene studien pågikk. Sykepleierne skulle også i denne perioden videreformidle og ta i bruk de nye verktøyene, samtidig som dette skulle integreres og spres til resten av avdelingen. I samarbeid med sykepleierne kom vi frem til flere strategier som vi ønsket å prøve ut for å få til dette:

- Sykepleierne fikk refleksjonsoppgaver som de skulle jobbe med i felleskap og reflektere over i løpet av perioden, jmf. undervisningsplan vedlegg 1.
- Gruppen ble enig om at alle skulle spørre på hver rapport om noen av pasienten kunne ha delirium. Målet var å øke oppmerksomheten i hele personalgruppen omkring tematikken.
- Vi avtalte å arrangere «deliriumslunsjer». Deliriumslunsjen skulle være en arena for diskusjon ikke kun blant de som var med på opplæringsprogrammet, men også for de andre som jobbet i avdelingen. Planen var at sykepleierne i studien skulle ta ansvar for lunsjene. Jeg satt opp datoer hvor det var flere på jobb samtidig, og vi ble enig om at de som var på jobb sammen skulle ha en liten presentasjon om tematikken for så å prøve å skape en faglig diskusjon og refleksjon omkring praksis.

4.10 Overvåke bruken av kunnskap

Ved innføringen av kunnskap er det viktig å vurdere i hvilken grad kunnskapen har spredd seg til den enkelte deltaker, og der igjen videre ut i arbeidsgruppen, fase fem i handlingssirkelen (se figur 2 s.19) (Graham et al., 2006). I de første ukene av studien var det stort fokus på delirium. Delirium var ofte oppe både i rapporter og på fellesmøte på morgenen. Det var en stor interesse i hele avdelingen. Vi gjennomførte også den første deliriumslunsjen med mer eller mindre suksess. Det var stor interesse for fremlegget, men vi fikk ikke den faglige diskusjonen som vi hadde håpet på i etterkant. Sykepleierne oppdaget stadig pasienter som stod i fare for eller som hadde delirium.

Etter de første ukene, når det nærmet seg jul, dalte så fokuset gradvis. Deliriumslunsjene ble ikke gjennomført da sykepleierne hadde for mye å gjøre, eller at de sykepleierne som var på jobb fra gruppen ikke ønsket å gjennomføre. Deliriumslunsjene ble glemt i arbeidshverdagen. I denne perioden hadde avdelingen daglig korridorpasienter og arbeidspresset var uvanlig høyt, som var årsaken til at tiltakene ikke ble prioritert. Til tross for uvanlig høyt arbeidspresset har vi gjennom hele perioden hatt et stort antall pasienter med delirium, og helt frem til den siste uken så jeg CAM ligge utfylt i en pasients kurve.

Ettersom jeg jobbet i avdelingen (90 %) tenkte jeg at jeg kom til å være tilstede store deler av de åtte ukene studien pågikk. Da hadde jeg håpet å støtte, oppmuntre, reflektere sammen med sykepleierne i opplæringsprogrammet når jeg var på jobb. På den måten skulle jeg bidra til å holde motivasjon og inspirasjonen oppe. Hensikten var også å «overvåke» hvordan sykepleierne i opplæringsprogrammet ivaretok og brukte de nye kartleggingsverktøyene. Men ved nærmere tilbakeblikk ser jeg at det er mange av sykepleierne som jeg ikke har fått jobbet så mye med som ønsket som følge av at alle jobber tre delt turnus.

4.11 Evaluering av prosjektet

For å kunne avgjøre om innføringen av kunnskap har vært nyttig eller unyttig er det viktig med en evaluering av prosessen, fase seks i handlingssirkelen (se figur 2 s.19). Evaluering er den eneste måten å avgjøre om studien har vært en suksess eller ikke (Graham et al., 2006). Resultatene fra evalueringen presenteres i neste kapittel.

4.12 Opprettholdelsen av kunnskap

Graham et al. (2006) sier at det er viktig å opprettholde kunnskapen, det er fase syv i handlingssirkelen (figur 2 s. 19). Denne fasen er en tilbakevendingsfase, hvor en ser tilbake på kunnskapsoverføringen og vurdere hva som fungerte og hva som eventuelt ikke fungerte. Fasen er det lite forskning på, men Graham et al. (2006) anser dette som en sentral del av selve kunnskapsoverføringsprosessen.

Utprøvningsperioden ble utfordrende. Når en ser tilbake er det tydelig at strategiene ikke fungerte slik som tenkt. Det var en utfordrende periode for sykepleierne som følge av daglige korridorpasienter, og unormalt høyt arbeidspress i avdelingen. Oppfølgingstiltakene ble ikke optimalt gjennomført som følge av at det var en mangel på tid og hektiske dager. Ettersom at sykepleierne og jeg alle jobber tredelt turnus fikk vi også mindre tid samme enn hva jeg hadde sett for meg på forhånd. Min oppfølging av sykepleierne i perioden ble ikke optimal, og ser i ettertid at det burde vært satt av tid til refleksjonsmøter, eller samling med sykepleierne som deltok i løpet av de åtte ukene.

Gjennom handlingssirkelen kommer det frem at innføring av kunnskap er et kontinuerlig arbeid som aldri blir ferdig (Graham et al., 2006). I fremtiden håper jeg å opprettholde kunnskapen om delirium ved å undervise om delirium på fagdager i avdelingen når alle som jobber i avdelingen er tilstede. Da er det også en gylden anledning til å bruke spørreskjemaet i forkant for at sykepleierne selv kan se hva de kan og ikke kan om delirium.

Flere refleksjoner til gjennomføringen av opplæringsprogrammet og opprettholdelsen av kunnskap blir presentert i diskusjonskapittelet, 6.4.3 refleksjoner over gjennomføringen av opplæringsprogrammet.

4.13 Studiens troverdighet og overførbarhet

En god forskningsstudie kjennetegnes ut i fra graden av validitet og reliabilitet. Validitet omhandler kunnskapens gyldighet mens reliabiliteten sier noe om hvor pålitelig innhenting av informasjonen har vært. Både utvalget, metoden, datainnsamlingen og analysene er med på å gjenspeile reliabiliteten og validiteten (Polit & Beck, 2006). Troverdighet omhandler hva som er sant og fortolkning av det (ibid). For kunnskapsutvikling kreves relevans, troverdighet og overførbarhet (Malterud, 2005). Relevansen til denne studien kommer til syne i sykepleiernes mangel på kunnskap, og deres ønske om å lære. Beskrivelsen av planleggingen, utarbeidelsen og gjennomføringen er gjort så transparent som mulig for nettopp å styrke studiens troverdighet og overførbarhet.

Det finnes et mangfold av metoder for å samle inn data. Dataene i denne studien er hentet ved hjelp å kombinere flere datakilder for at de ulike delene skal supplere hverandre og bidra til å styrke validiteten og reliabiliteten til studien (Grimen & Ingstad, 2008). Gjennom å bruke både

strukturerte samtaleintervjuer og et standardisert spørreskjema vil det fremkomme forskjellige vinklinger og derigjennom gi bedre innsikt i problemområde, slik det beskrives blant annet av Polit & Beck (2006). Spørreskjemaet og de strukturerte intervjusamtalene har forskjellige styrker og svakheter (Bjørk & Solhaug, 2008). I studien er det brukt strukturerte intervjusamtaler for å få tak i sykepleiernes praktiske kunnskaper og subjektive erfaringer med delirium beskrevet med deres egne ord. Gjennom samtaleintervjuene fikk jeg også et innblikk i hva som ligger til grunn for dagens praksis. Ved hjelp av spørreskjemaet får en et mer eksakt bilde av sykepleiernes teoretiske kunnskaper som styrker mulighetene for å sammenligne eventuelle endringer før og etter opplæringen.

Flere betraktninger med tanke på studiens troverdighet og overførbarhet er beskrevet i delkapittelene 4.7 egen forforståelse og 4.8 etiske betraktninger.

4.13.1 Metode kritikk

Spørreskjema er utviklet for å brukes på tvers av ulike yrkesgrupper (Hare et al., 2008). Denne studien har konsentrert seg om sykepleiere. Dermed er det kun sykepleiernes erfaringer med bruken av skjemaet som er kartlagt. Ved å inkludere andre yrkesgrupper hadde det kanskje kommet frem andre vanskelige ord og uttrykk enn hva som kom frem i denne studien (Duffy, 2006).

I følge Graham er det viktig å definere hva man mener med bruk av kunnskap for å kunne måle bruken av den (Graham et al., 2006). Hvordan en kan måle bruken av kunnskapen ble diskutert med veileder, men ble av blant annet praktiske grunner ikke gjort i denne studien. I ettertid ser jeg at det for eksempel kunne blitt notert hvor mange ganger kartleggingsverktøyene var benyttet i utprøvsperioden, og eventuelt søkt om tillatelse til å gjennomgå pasienters journal for å undersøke en eksakt endring i sykepleiernes dokumentasjon og kartlegging av delirium. Dette ville styrket studiens resultater.

5.0 RESULTATER

I det følgende kapittel presenteres studiens resultater. Først presenteres hovedtrekkene fra samtaleintervjuene med sykepleierne før og etter opplæringsprogrammet. Deretter presenteres resultatene fra det standardiserte spørreskjemaet. Presentasjonen av resultatene fra spørreskjemaet er delt inni først en oversikt for hver av de to delene av kunnskapstesten, før og så etter. Deretter blir svarene fra spørreskjemaet før og etter opplæringsprogrammet sammenlignet og satt opp imot hverandre i et nytt diagram. Tilslutt belyses hvorvidt kunnskapstesten har vist en positiv, negativ eller uendret endring som følge av opplæringsprogrammet. Kapittelet avsluttes med en presentasjon av sykepleierens erfaringer med å delta i opplæringsprogrammet.

5.1 Sykepleiernes beskrivelse av egne erfaringer fra samtalene før opplæringsprogrammet

Samtaleintervjuene viste svært store variasjoner og usikkerhet i kunnskapen sykepleierne hadde om delirium. Sykepleierne visste at delirium var en forvirringstilstand som kom akutt. Flere uttrykte også at det rammet særlig eldre mennesker, noen la til alkoholikere, og det ble påpekt at infeksjon kunne være en årsak. En sykepleier beskrev delirium slik: *«Ny oppstått forvirringstilstand hvor pasienter blir desorientert for tid og sted, utagerende og kanskje redd, skjønner ikke hva som skjer med dem selv»*.

Ingen av sykepleierne hadde brukt kartleggingsskjema og det var kun to som hadde hørt om at det fantes; en via hjemmesykepleien hvor hun var i praksis som student og en gjennom en fagdag i avdelingen. Ingen av sykepleierne kjente til rutiner for å avdekke om en pasient har delirium. En sykepleier forklarte dagens kartleggingsprosessen slik:

Vi har ikke hatt noe fokus på det her på posten. Det fungerer sånn at noen kommer inn og oppfører seg unormalt. Så spør man om, lur man seg på om de har en demens diagnose enten ja eller nei. Hvis ja, prøver man finne ut hvordan de er til vanlig. Og hvis de da er verre enn det de er til vanlig sier man ofte, begynner man lure på om de har et delir. Men vi er ikke, vi går ikke etter spesifikke symptomer eller sånne ting – det blir en generell vurdering da, og så prøver man da å merke seg hvilke symptomer de har, å merke seg det, å notere seg det i journalen da og beskrive det til legen for å høre om de skal ha noe beroligende.

Det å identifiserer delirium syntes mange var vanskelig. Utfordringen med å skille mellom hva som er demens og hva som er delirium gikk igjen i alle samtalenes og ble av alle karakterisert som problematisk.

Føler jeg er dårlig på det å skille om de, er han/hun en dement eller er det ny oppstått delirium men, da forhører jeg meg jo med pårørende for å høre om det er noe ny oppstått eh, om de føler pasienten plutselig ble forverret etter innkomst. Klarer ikke helt å skille forskjellene på det å være, hvis de er veldig utagerende verbalt og kan jeg tenke i deliriums banene, men syntes det er veldig vanskelig.

En av sykepleierne forklarte at hun trodde delirium og demens var det samme, men at hun hadde slått det opp i forkant av samtalen og funnet ut at det ikke var det samme.

Når det gjaldt forebygging og behandling av delirium var det flere som var veldig opptatt av å administrere beroligende medisiner, å ikke ha pasienten på firemanns rom, og å skape rolige omgivelser. Det å skjerme pasientene mente flere var nyttig forebygging:

Vi har ikke hatt noe særlig fokus på det her på verken behandling eller forebygging. Eller kanskje forebygging er vel kanskje mer at man ikke flytter rundt på de som er i faresonen, eller har tendenser til, eller som ser ut om de har et delir. At man ikke flytter de fra rom til rom da, og prøver å ikke flytte de til flermannsrom -men jo det er det man bruker som begrunnelse da, men behandle har jeg ikke vært borti.

Sykepleierne ble spurt om de brukte andre begreper i stedet for delirium. Akutt forvirring gikk igjen, men også andre begreper som urolige, uklare og desorienterte ble nevnt i samtalen. Sykepleieren ble etter det spurt om de kunne fortelle om hva som kjennetegner delirium. Her var det mange som var usikre. Tre av sykepleierne fortalte at det fantes forskjellige typer av delirium, ellers var begrepene det forvirret, urolig og ikke slik som han/hun pleier å være som gikk igjen i samtalen. Da sykepleierne ble bedt om å beskrive en pasientsituasjon med delirium hadde flere problemer med å komme på en situasjon med en gang. Etter litt ble pasientsituasjonene stort sett beskrevet med utagerende pasienter som motsetter seg hjelp, og pasienter som river ut venefloner og urinkateter, ikke har innsikt i egen situasjon og er desorienterte. Flere bemerket at pasientene kan rope og at pasientene ofte trenger fastvakt. Sykepleieren beskrev utfordrende møter, og forklarte at det er vanskelig å jobbe med pasienter med delirium. Flere fortalte at de noen ganger sitter igjen med en opplevelse av maktesløshet.

5.2 Sykepleierens beskrivelse av egne erfaringer i samtalen etter opplæringsprogrammet

I samtalene kom det frem at alle syntes det hadde vært et svært nyttig og lærerikt prosjekt. Mange fortalte at de har fått fylt noen «tomrom» med teori, og at de nå har en større forståelse av delirium. En beskriver det slik:

Lært masse om noe som jeg trodde kanskje at jeg kunne mer om enn det jeg egentlig kunne. Som jeg hadde en del sånn som man, ikke feil oppfatninger men, sånn at man tror man vet hva det er inntil man faktisk vet hva det er.

En annen sier det slik:

Jeg syntes tidligere det har vært veldig vanskelig å kanskje forstå hva delirium er men, gjennom denne undervisningen syntes jeg det har blitt lettere å forstå og kanskje du har fortalt det på en litt enklere måte og kanskje hvordan gjøre det i praksis da.

Alle sykepleierne beskrev assosiasjoner om det de har lært, flere sier at de ser for seg pasienten som de har møtt den senere tiden med delirium:

Nå tenker jeg med en gang det kommer inn en som er forvirret, DELIRIUM, mens de andre som ikke har vært med på dette tenker fortsatt bare gammel og forvirret – sikkert en infeksjon – sikkert dement fra før av, men jeg tenker delirium.

Både hyperaktivt og hypoaktivt delirium ble nå av alle tatt opp i forbindelse med beskrivelsene av pasientsituasjoner og flere av sykepleierne opplevde at det nå var mye lettere å skille mellom demens og delirium. Delirium blir nå beskrevet med svingninger gjennom dagen, at det kommer og går, samt at pasienten er desorganisert i tankegangen.

Sykepleierne hadde blitt opptatt av medisinalisten for å i samarbeid med legen se etter medisiner som kan være årsaken til deliriumet, og få redusert antallet medisiner til kun det mest nødvendige i tilstandens akutfase. Det kom også frem i flere samtaler hvor viktig de hadde erfart at søvn var. Videre fortalte sykepleierne at pasienten kan trenge beroligende medikamenter for å få sove, og på den måten komme seg ut av deliriumet. Opprettholdelse av en normal døgnrytme ble nå fremhevet som sentralt beskrivelsene om behandling av delirium. Det å snakke rolig og være tydelig i kommunikasjonen er også med i behandlingen. Alle fremholdt også denne gangen skjerming som et sentralt tiltak i både behandling. Det ble også nevnt at pårørende kunne være en ressurs i å trygge og re orientere pasienten.

På spørsmål om kartleggingsrutinene kom det frem at alle de seks sykepleierne nå hadde fått et bevisst forhold til hva de skal gjøre hvis de mistenker at en pasient kan ha delirium. En sykepleier beskrev det slik:

Ja, jeg føler at jeg er flinkere til det å identifisere de som ikke er så typiske eller synlige delir. Det er fordi jeg vet mer om det. Og jeg vet hvor vanlig det er, så jeg legger oftere merke til det.

I kartleggingsfasen trekkes nå både samtale med pårørende for å kartlegge pasientens normale funksjonsnivå, og bruk av CAM inn som viktige elementer. Samtlige sykepleierne sa at de hadde brukt CAM, noen mer enn andre. En sykepleier fortalte at hun ikke hadde fått brukt det så aktivt som hun ønsket. Hun beskrev en motstand i arbeidsgruppen slik:

Dersom jeg har ment at det her er delirium så har jeg ikke fått medhold i det. Da er det sånn jaja, og man vet liksom ikke helt hva man skal ta tak i. Og så har jeg oppdaget at legene heller ikke har tatt noe særlig stilling til dette med delirium og behandling av det.

Alle sykepleierne fremholdt at de i løpet av denne perioden hadde vært i en situasjon med minst en pasient som har blitt diagnostisert med delirium. Beskrivelsene av pasientsituasjonene var alt fra delirium som gikk raskt over til delirium som vedvarte over lengre tid. Også denne gangen blir deliriumets hyperaktive fase vektlagt i pasientsituasjonene, men nå kom det frem at sykepleierne i mye større grad har forståelse for at det er svingninger i forløpet. Flere sa at de oppdager flere pasienter med delirium i avdelingen nå etter opplæringsprogrammet er avsluttet en tidligere.

5.3 Sammenligning av sykepleieres beskrivelse av egne erfaringer før og etter opplæringsprogrammet

I intervjuavtalene med sykepleierne før opplæringen var det stor forskjeller i sykepleiernes kunnskaper om delirium. Mange syntes det var vanskelig å beskrive en pasientsituasjon og flere sa de hadde liten erfaring med delirium. I intervjusamtalene etter opplæringsprogrammet kom det klart frem at de nå opplevde at de visste hva delirium var og at antallet pasienter med delirium som var identifisert i løpet av de åtte ukene var flere enn tidligere. Det kan stilles spørsmål ved om det har vært en reell økning i pasienter med delirium eller om det kan skyldes økt oppmerksomhet og kunnskap? Spørsmålet kan ikke besvares sikkert, fordi det ikke var

foretatt en systematisk registrering før prosjektet startet, men i lys av sykepleiernes refleksjoner over endringer i deres praksis synes det rimelig å anta at det var en sammenheng mellom deres økte kunnskap og det økte antallet pasienter som fikk diagnosen i denne perioden.

Endringer fra den første til den andre intervjusamtalen omhandlet også kartlegging av delirium. Alle sykepleierne hadde i den siste samtalen en klar oppfatning om hvordan en skulle gå frem for å kartlegge om en pasient har delirium. Men samtidig fortalte de at det fortsatt er barrierer i avdelingen som måtte overkommes. En viktig barriere bestod i å få med kollegaer som ikke hadde deltatt i opplæringsprogrammet.

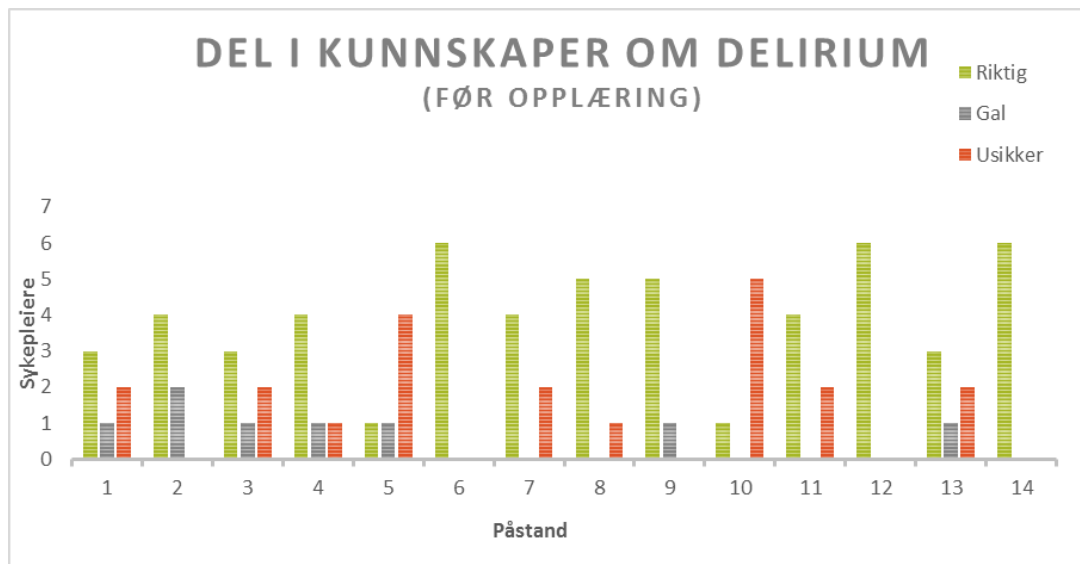
I intervjusamtalene etter opplæringsprogrammet hadde sykepleierne mye mer å fortelle om delirium sammenlignet med intervjusamtalen i forkant. De hadde et mye klarere bilde av hva delirium er og hvilke tegn de skulle se etter. Sykepleierne opplevde at de hadde fått økt kunnskap og styrket sin kliniske kompetanse, og gjennom dette følte de seg tryggere særlig i møte med eldre pasienter som stod i fare for å utvikle delirium.

5.4 Resultater fra standardisert kunnskapstest *før* opplæringsprogrammet

Det standardiserte spørreskjemaet, kunnskapstesten, bestod av to deler, jmf vedlegg 3. Den første delen av skjemaet består av påstander vedrørende kunnskaper om delirium, mens den andre delen omhandler risikofaktorer for delirium.

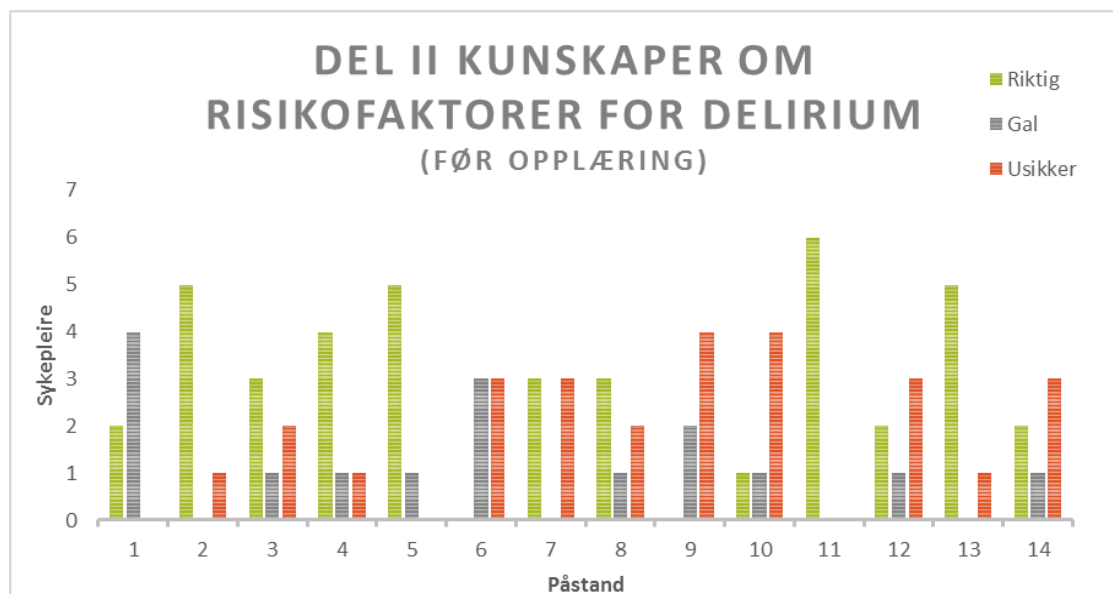
Nedenfor vises en deskriptiv beskrivelse av hvordan svarene fordelte seg blant deltagerne presentert i søylediagrammer. X-aksen, den horisontale aksene, viser antallet sykepleiere som har svart og Y-aksen, den vertikale aksene, viser på de ulike påstandene. Det fremkommer i diagrammet at det er store forskjeller i hvordan sykepleierne har svart på de ulike påstandene.

I besvarelsene var det ingen av sykepleierne utmerket seg ved at de hadde mange flere riktige en resten. Svarene var jevnt over både en del påstander som besvart galt og usikkert hos alle. Det interessante var de store variasjonene som kommer frem i hvilke påstander sykepleierne er usikre på.



Figur 3 Del I Kunnskaper om delirium (før opplæringen)

I del I av spørreskjemaet vedrørende kunnskaper om delirium, hadde alle sykepleierne svarte riktig på påstand nummer seks, *delirium varer aldri lengre enn noen få timer*, påstand 12, *en pasient med delirium vil lett bli distraheret og/eller ha vansker med å følge en samtale*, og påstand nummer 14, *endret søvn-/våken mønster kan være et symptom på delirium*. Ellers er det stor usikkerhet blant sykepleierne om de andre påstandene.

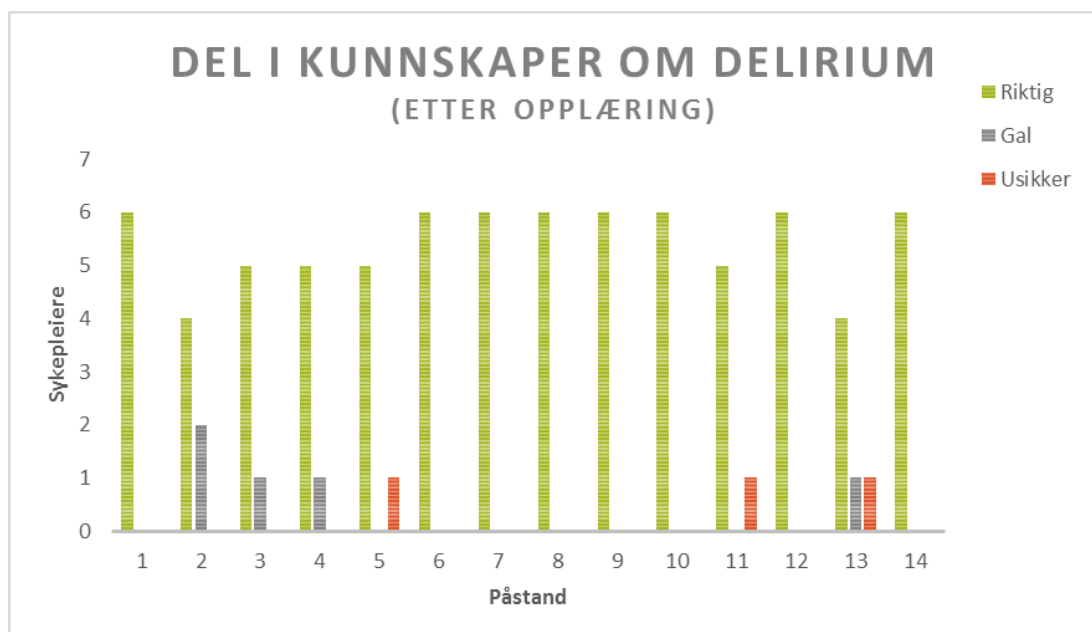


Figur 4 Del II Kunnskaper om risikofaktorer for delirium (før opplæringen)

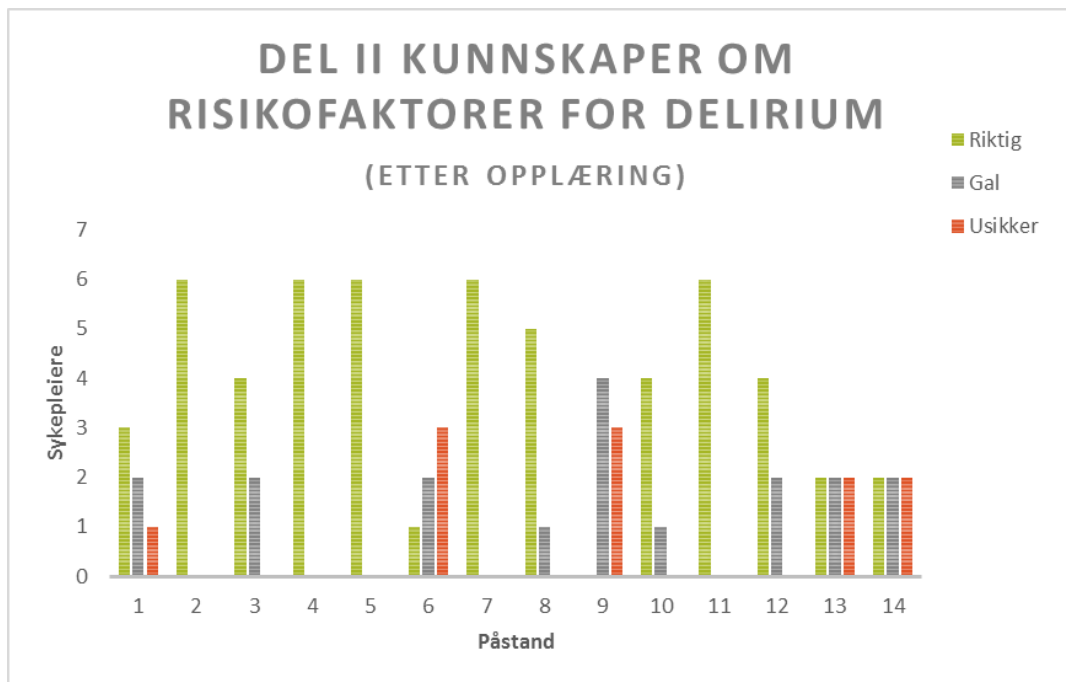
I andre del av spørreskjemaet, som omhandler påstander om risikofaktorer for delirium, var forskjellene enda større i hvordan sykepleierne svarte enn på del en. Kun en påstand, påstand 11, *dehydrering kan være en risikofaktor for delirium*, ble riktig besvart av alle sykepleierne. For de øvrige 13 påstandene var det stor usikkerhet i hva som var riktig svar. Påstand seks, *kjønn har ingen innvirkning på utvikling av delirium*, og påstand ni, *menn har større risiko for delirium enn kvinner*, hadde ingen av sykepleierne riktig svar. Samtlige svarte enten feil eller var usikre.

5.5. Resultater fra standardisert kunnskapstest etter opplæring

Deltagerne så frem til å besvare kunnskapstesten etter opplæringen for å kunne sammenligne med egne svar fra første utfylling. Hadde kunnskapen økt? Alle ble overrasket. Det var en tydelig forandring - alle hadde styrket sine kunnskaper. Resultatene fra annengangsutfyllingen viste at sykepleierne var betydelig mindre usikre enn hva de var før opplæringsprogrammet. I svarene som ble avlagt etter opplæringsprogrammet var sykepleierne i mye større grad enig i svarene enn hva de var før opplæringsprogrammet. Det var denne gangen mye mindre variasjon i svarene som de hadde avgitt. Det var fortsatt usikkerhet om påstand nummer to, *symptomer på depresjon kan ligne på delirium*, samt påstand nummer 13, *pasienter med delirium vil ofte oppleve persepsjons-forstyrrelser*.



Figur 5 Del I Kunnskaper om delirium (etter opplæringen)

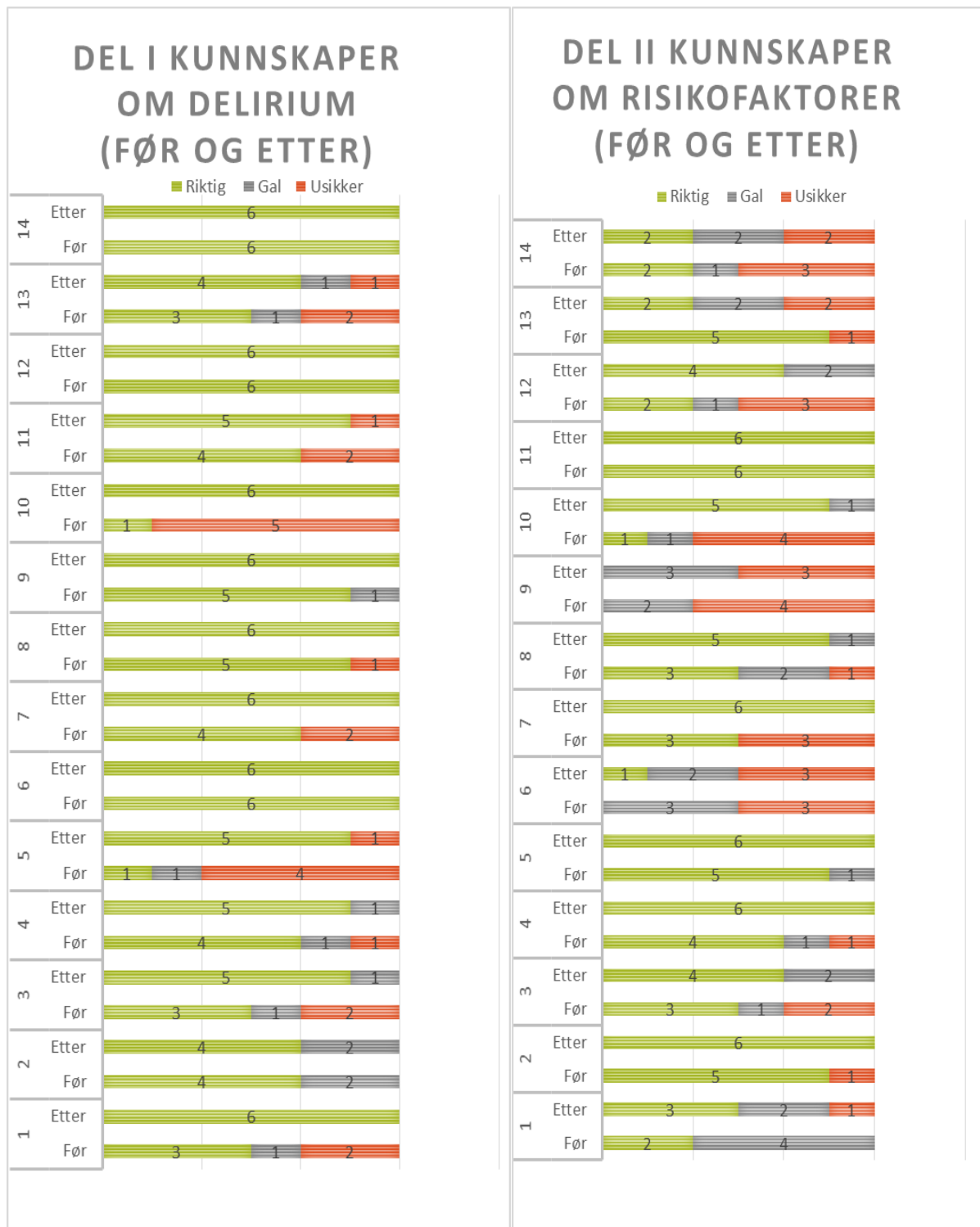


Figur 6 Del II Kunnskaper om risikofaktorer for delirium (etter opplæringen)

Når det gjaldt kunnskap om risikofaktorer var det fortsatt noe usikkerhet blant sykepleierne etter opplæringsprogrammet. Samtidig er det langt flere som svarte riktig sammenlignet med resultatene før opplæringsprogrammet. På påstand nummer ni, *menn har større risiko for delirium enn kvinner*, hadde alle sykepleierne svarte galt eller usikker denne gangen.

5.6 Sammenligning av resultater fra kunnskapstest før og etter opplæringsprogrammet

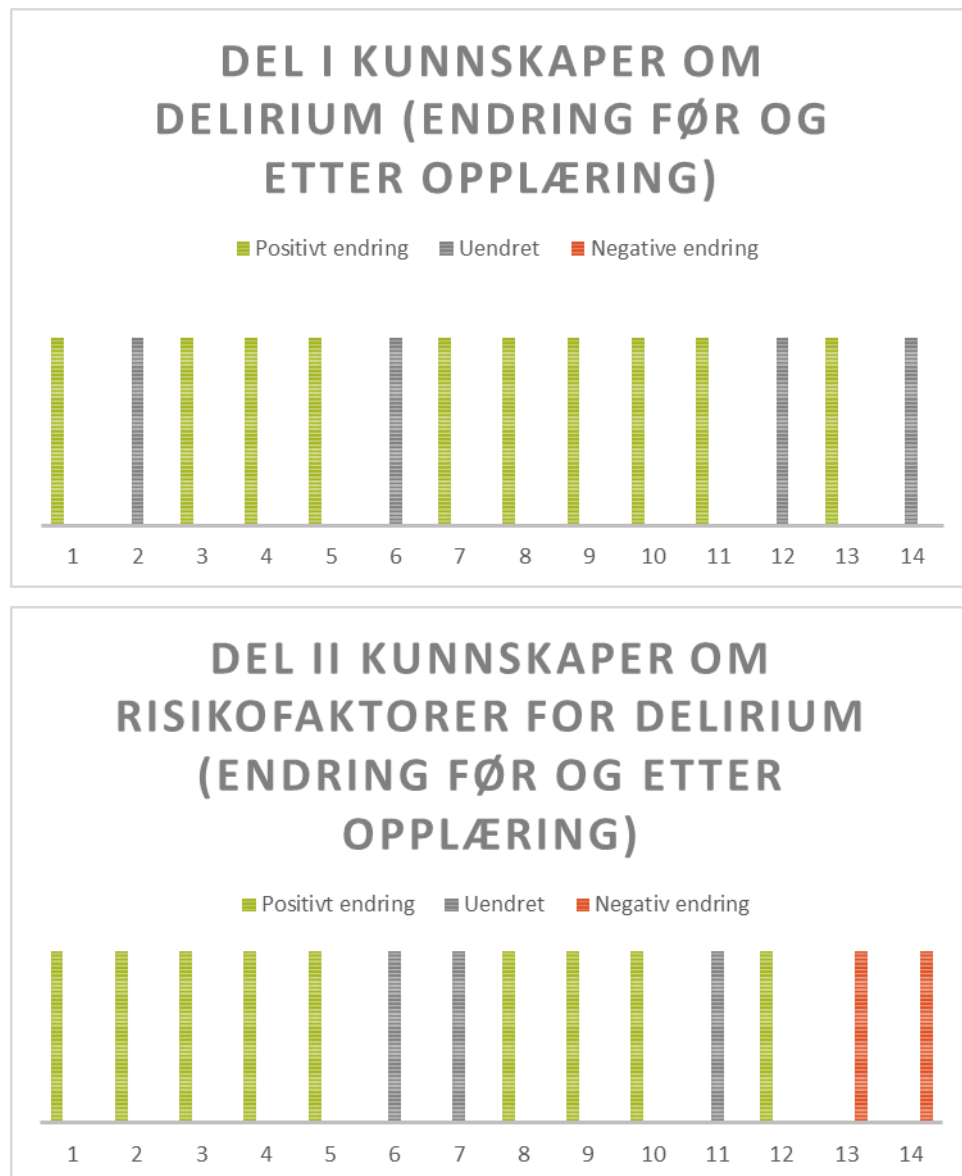
For å sammenligne spørreskjemaene som ble gjennomført før og etter intervensjonen har jeg slått sammen svarene før og etter opplæringen i et diagram.



Figur 7 Del I og II Kunnskaper om delirium og risikofaktorer (før og etter opplæringen)

Fremstillingen viser en tydelig endring i svarene sykepleierne gav før og etter opplæringsprogrammet. Ved å se på diagrammet kommer det tydelig frem at det er en positiv endring der flere har svart riktig etter opplæringen enn før.

Jeg har også analysert svarene nærmere for å finne ut av hvilke av påstandene som har hatt en positiv endring, som flere har svart riktig på etter opplæringsprogrammet, hvilke påstander som var uendret, og hvilke som hadde en negativ endring der flere var usikre eller hadde svart feil. Dette er presentert nedenfor i et nytt søylediagram.



Figur 8 Del I og II Endringer i kunnskaper før og etter opplæring

Her ses en tydelig endring i svarene sykepleierne gav. For 19 av påstandene var det en positiv endring ved at flere svarte riktig. Det fremkommer at det er syv påstander der sykepleierne avga samme svar før og etter opplæringsprogrammet. Det kommer også frem at to påstander endret seg negativt, ved at flere var usikre eller svarte feil. Det er påstand 13, *fedme er en*

risikofaktor for delirium, og påstand 14, en pasient med demens i familien er predisponert for delirium.

Samlet viser resultatene fra kunnskapstesten en tydelig styrking av det teoretiske kunnskapsnivået blant sykepleierne i studien.

5.7 Sykepleiernes vurderinger av å delta i opplæringsprogrammet

Under kartleggingssamtalen uttrykket alle sykepleierne et ønske om å lære mer om delirium. Flere sa de følte de hadde lite kunnskap om tematikken og at de ville lære hvilke symptomer de skulle se etter, gjerne ved hjelp av kartleggingsskjema eller lignende for å oppnå en systematikk identifiserings og kartlegging. Flere fortalte at delirium var en veldig aktuell problemstilling og at det sikkert var mange som hadde delirium som ikke ble oppdaget.

Sykepleierne var fornøyd med undervisningen, men savnet mer oppfølging underveis i perioden. De kom med forskjellige ønsker om forbedringer. En ønsket var for eksempel at den teoretiske undervisningen var lagt opp enda nærmere praksis, mens en annen ønsket at vi hadde mer fokus på dokumentasjon.

Det som gikk igjen var at de mente at kunnskapen burde blir spredt til flere yrkesgrupper, alt fra assistenter til leger, og at flere burde vært med på undervisningen slik at det var enklere å få spredt informasjon i avdelingen og lettere å få tatt i bruk kartleggingsverktøy.

Alt i alt var sykepleierne fornøyde med opplæringsprogrammet og opplevde at det hadde vært lærerikt. En sammenfattet det slik:

Egentlig synes jeg sånn ut i fra det utgangspunktet vi hadde å jobbe med at du har gjort det på en veldig god måte. Fått disse verktøyene tilgjengelig fort, og pratet mye om det. Syntes ikke jeg har så mye å si om hvordan det burde gjøres annerledes. Syntes det har fungert veldig bra. Egentlig veldig fornøyd.

6.0 DISKUSJON

Et ønske med innføring av kunnskap er at kunnskapen skal være med på å bedre kvalitet på sykepleien som gis til pasienter (Bjørk, 2008). Kirkevold (1996) stiller spørsmål ved hvilken grad og på hvilken måte sykepleievitenskap blir anvendt i praksis, noe det nå skal ses nærmere på. Denne studien har vært relativt omfattende i den forstand at det har blitt oversatt et spørreskjema, gjennomført strukturerte samtaleintervjuer og på samme tid utviklet og gjennomført et lokalt tilpasset opplæringsprogrammet med undervisning og en utprøvingsperiode med innføring av kartleggingsverktøy i praksis. Under skal alle disse ulike aspektene tas med inn i drøftingen av resultatene opp mot teorier som er presentert i studien.

Først beskrives hvordan sykepleiernes egen kompetanse og beskrivelser av praksis har endret seg som følge av opplæringsprogrammet. Deretter vurderes kunnskapsutviklingen i løpet av studien, hvor diskusjonen skal omhandle både utviklingen av den teoretiske, men også den praktiske kunnskapen. Så ses det nærmere på noen utfordringer i møte med kravet om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis. Avslutningsvis belyses sykepleiernes opplevelse av å delta i studien og det drøftes styrker og svakheter i gjennomføringen av opplæringsprogrammet.

6.1 Sykepleiernes beskrivelse av egen kompetanse før og etter opplæringsprogrammet

I dette avsnittet drøftes sykepleiernes beskrivelse av egen kompetanse før og etter opplæringsprogrammet. Fokuset er rettet mot sykepleiernes beskrivelse av identifisering og kartlegging, demens versus delirium, behandling og til slutt sykepleiernes opplevelse av møte med delirium hos eldre.

6.1.1 Identifisering og kartlegging av delirium

Som tidligere beskrevet er delirium en klinisk diagnose, og for å kunne sette denne trenger en inngående kunnskaper om pasientens funksjonsnivå. Sykepleierne er i en nøkkelposisjon for å kunne observere symptomer og tegn, og få videreformidlet observasjonene til legen (Ranhoff, 2008c). I samtaleintervjuene før opplæringsprogrammet kom det fram at kartlegging og identifisering av delirium i avdelingen i forkant av studien var uten struktur med henhold til hvordan sykepleierne utførte sine observasjoner, og praksis baserte seg på sykepleiernes individuelle erfaringer med delirium. Sykepleierne hadde ingen kjennskap til rutiner verken for kartlegging eller identifisering av delirium. Sykepleiernes mangel på struktur i kartlegging og

identifisering av delirium er i tråd med gjeldende forskning (Rice et al., 2011; Sjøbø et al., 2012; Yanamadala et al., 2013).

Praksis basert på subjektivitet og erfaringer i møte med pasienter med delirium er et tegn på at tilstanden ofte blir oversett og ikke oppdaget i praksis (Neerland et al., 2014). Sykepleierne beskrev at det har vært lite fokus på delirium i avdelingen, og at det er en tilstand som har blitt snakket og reflekter lite over.

Sykepleie til pasienter med delirium fungerer best når sykepleierne har en kombinasjon av kartleggingsverktøy, teori og refleksjon over praksis (Yanamadala et al., 2013). En ser at ved hjelp av kartleggingsverktøy får sykepleierne konkrete symptomer og tegn å gå etter, og en baserer seg ikke lengre kun på subjektivitet, kliniske intuisjoner og individuelle erfaringer (Neerland et al., 2014). I samtale etter opplæringsprogrammet kom det frem at alle sykepleierne hadde vært i kontakt med en eller flere pasienter som hadde delirium i løpet av opplæringsprogrammets praktiske del, og sykepleierne påpekte at det hadde vært flere pasienter med delirium etter opplæringsprogrammet enn før. De fremhevet nå at delirium var utbredt i avdelingen, og at det var mange pasienter som hadde tilstanden. Alle sykepleierne forklarte i samtale at de opplevde å ha kunnskaper om både identifisering og kartlegging, og visste hvordan de skulle gå frem dersom de mistenkte at en pasient kunne ha delirium. Alle sykepleierne hadde brukt kartleggingsverktøyet i vurderingen av om en pasient kunne ha delirium, noen mer aktivt enn andre. Sykepleierne fortalte at det var lettere å kommunisere med legen omkring delirium nå når en hadde konkrete observasjoner og symptomer å gå etter. Andre studier bekrefter det sykepleierne her beskriver, at i avdelinger der kunnskap og standardiserte kartleggingsverktøy er satt i system oppnås det gode resultater (Lundström et al., 2005; Meako et al., 2011; Sjøbø et al., 2012).

Selv om sykepleierne fremholdt at de visste hvordan de skulle gå frem i identifisering og kartlegging av delirium, beskrev de også at det var utfordringer. En av utfordringene var å få alle i avdelingen til å ta i bruk de nye verktøyene. Flere fortalte at de andre ikke fylte ut skjemaet som de skulle, og at det ofte ble klaget på for lite tid til å gjøre det. Mangelen på utfyllingen av skjemaet kommer trolig som følge av mangel på kunnskap. Med andre ord er det viktig å fortsette å spre kunnskapen om delirium og bruken av kartleggingsverktøyene ut i arbeidsgruppen slik at flest mulig kan dele kunnskapen, hjelpe og sammen reflektere i praksis. Når registrering av symptomer og tegn i kartleggingen er usystematiske mister en først og

fremst muligheten til å sammenstille observasjoner med før og nå, men en mister også muligheten til å gjør observasjonene likt i hele sykepleiergruppen (Kirkevold, 2008). Ved hjelp av kartleggingsverktøyene kan en styrke sykepleiergruppen slik at de i større grad kan basere seg på spesifikke observasjoner og symptomer, og en felles kartleggingen. På denne måten viser studien viser at kunnskaper om identifisering og kartlegging av delirium er fundamentalt og grunnleggende for å bedre behandlingstilbudet til pasientene, og for å kunne oppdage at en pasient har delirium (Yanamadala et al., 2013).

6.1.2 Demens versus delirium

Mange eldre har flere sykdommer og det kan gjøre det utfordrende å identifisere et delirium. Sykepleiere forveksler ofte demens og delirium (Wyller, 2011). Det å skulle skille mellom de to tilstandene ble i samtale i forkant av opplæringsprogrammet beskrevet som en stor utfordring av sykepleierne. Det ble skapt et bilde i samtale at de har en del kunnskaper om demens og demenssykdommer, men lite kunnskaper om delirium. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å skulle kunne avgjøre om en pasienten var dement, om det var en forverring av demensen eller om pasienten kunne ha et delirium. Demens og delirium er to forskjellige tilstander, men opptil 50 % av pasienten med en kjent demens vil under innleggelse på medisinsk avdelingen enten ha eller utvikle et delirium under oppholdet (Juliebö, Krogseth, Neerland, Watne, & Wyller, 2012). Både delirium, og demens vil da følgelig ofte opptre samtidig noe som gjør skillet ekstra utfordrende.

Å skulle oppdage delirium hos demente er vanskelig fordi symptomene på delirium ofte blir misforstått og tolket som en utvikling av demensen (Morandi et al., 2012). For å kunne skille mellom demens og delirium er det derfor sentralt med kunnskaper ikke bare om delirium, men også om demens og demenssykdommer. Kunnskapene skal romme både likheter og forskjeller mellom de to tilstandene (Engedal, 2009).

I samtale etter opplæringsprogrammet beskrev sykepleierne at de i større grad klarte å skille delirium og demens fra hverandre med bakgrunn i den teoretiske undervisningen, og at de nå visste forskjellene på delirium og demens. Sykepleierne beskrev at det å skille mellom delirium og demens fortsatt som en utfordring for arbeidsgruppene og avdelingen. En av sykepleierne fortalte at hun møtte motstand i arbeidsgruppen når det ble snakket om en pasient kunne ha delirium. Sykepleierne beskrev de andre sykepleiernes omtaler av eldre pasienter som

forvirrede, men at det «sikkert er demens». Alle som arbeider i avdelingen trenger med andre ord ut i fra sykepleiernes beskrivelser mer kunnskap om forskjeller og likheter mellom demens og delirium.

6.1.3 Behandling av delirium

I behandlingen av delirium er miljøtiltak og god omsorg sentralt, medisiner for delirium kan i beste fall ha symptomatisk effekt (Wyller, 2011). I samtalene før opplæringsprogrammet fremhevet sykepleierne det å behandle den bakenforliggende årsaken, skjerme, og ikke minst det å administrere beroligende medikamenter som sentrale elementer i behandlingen. Sykepleiernes beskrivelser av behandlingen til pasienter med delirium var fulle av usikkerhet og hull. En sykepleier fortalte at de ikke visste hva de skulle gjøre, og dermed tydde til letteste løsning som var å gi pasienten beroligende. Det er grunn til å under seg over hvorvidt beroligende anvendes som følge av mangel på kunnskap om hvordan de kan hjelpe pasienten?

Pasienter med delirium må utredes for hva som er den bakenforliggende årsaken, men behandlingen består hovedsakelig av god sykepleie med ivaretagelse av grunnleggende behov, og tilrettelegging for oversikt og kontroll (Neerland et al., 2013). Behandling av pasienter med delirium stiller store krav til alle i helsetjenesten. Å finne den bakenforliggende årsaken eller årsakene, og vurdere nyttige og unyttige medisiner krever dyktige og kompetente leger, men på samme tid er god pleie og omsorg av sykepleiere essensielt for å hjelpe pasienten ut av deliriumet (Gustafson et al., 2002).

I samtalene i etterkant av opplæringsprogrammet ble behandlingen av pasienter med delirium beskrevet mer utfyllende av sykepleierne. De beskrev at behandlingen bestod av å redusere stimuli ved hjelp av skjerming, informere legen for diagnostikk og seponering av unødvendige medikamenter, realitetsorientering og tydelig kommunikasjon. Bruken av beroligende ble beskrevet som nyttig for å opprettholde en normal døgnrytme, ikke for å gjøre jobben enklere. Inkludere og informere, og nyttiggjøre seg av pårørende som en ressurs ble også fremhevet som en del av behandlingen i samtalene. Ved å informere pasient og pårørende om hva delirium er, hvorfor det skjer, og hvordan det utarter seg, vil det være med på å øke tillitten til sykepleieren men, også trygge pasienten i den utrygge situasjonen han/hun er i. Delirium er en skremmende opplevelse for pasienten, som ofte husker episodene i etterkant, men også for pårørende som ser sine kjære endre seg på kort tid. For å avgjøre alvorlighetsgraden til et delirium er det sentralt med innblikk i pasientens sykehistorie, og innblikk i eventuelle endringer i pasientens mentale

funksjon. For å få innsyn i dette er det viktig med godt samarbeid med pårørende (Ranhoff, 2008a). Pårørende har ofte en støttende og beroligende funksjon på pasienten, noe som hjelpe pasienten til å gjenvinne oversikt og kontroll (Neerland et al., 2013). Pårørende derfor en nøkkelperson når det gjelder behandling og ivaretagelse av pasienter med delirium (Böyum, 2013).

Sykepleierne hadde et annet bilde av behandling av delirium i etterkant enn hva de hadde i forkant av opplæringsprogrammet. Mange flere viktig aspekter som inngår i behandlingen ble nå trukket frem, men sykepleierne fortalte at det var utfordrende å få de andre i avdelingen til å høre på kunnskapen og ta i bruk de samme tiltakene.

6.1.4 Utfordringer i utøvelsen av sykepleie til pasienter med delirium

Pasienter med delirium setter sykepleierne på prøve, og stiller store krav til pleien og omsorgen (Gustafson et al., 2002). Sykepleierne uttrykker i samtale i forkant av opplæringsprogrammet en usikkerhet i hvordan de skulle gå frem for å hjelpe pasienter med delirium. De beskrev en makteløshet i møte med pasienten. Pasientsituasjonene som ble beskrevet i samtaleintervjuene i forkant av opplæringsprogrammet er beskrivelser som består av pasienter som er ute av stand til å ta vare på seg selv, og som har liten innsikt i egen situasjon. Pasientene ble beskrevet som urolige, utagerende, som river ut venefloner og urinkateter, som roper og har en tendens til å vandre. Situasjonen ble beskrevet som vanskelige, og sykepleierne sa de ikke visste hvordan de skulle gå frem for å hjelpe. I beskrivelsene av pasientsituasjonene var alle fokuserte på den hyperaktive utgaven av delirium, mens de andre formene hypo- og blandings delirium i mindre grad ble omtalt. Det var kun tre sykepleiere som nevnte at det fantes to typer delirium ved opplæringsprogrammets start. Dette samsvarer med den eksisterende forskningen som sier at sykepleiere overser hypoaktivt delirium i praksis (Rice et al., 2011). Hypoaktivt delirium er like vanlig som hyperaktivt delirium, men pasienten vil ligge stille i sengen, krever ingenting og skaper lite bryderi og blir ofte oversett i praksis (Wyller, 2011).

Ved samtaleintervjuet etter opplæringsprogrammet var det fortsatt pasientsituasjoner i deliriumets hyperaktiv fase som i hovedsak ble beskrevet, men denne gangen var det mye mer refleksjon om hvordan pasientene med delirium fremtrer. Fokuset til sykepleierne var nå på svingningene gjennom døgnet, at pasienten kunne gå fra å være hyper til døs. De fortalte også

at tilstanden hadde varierende alvorlighetsgrad og varighet. Det ble fortsatt satt ord på utfordringer i møte med pasienter med delirium, når alle tiltak er prøvd ut og pasienten fortsatt er like delirisk, spør sykepleierne seg hva gjør vi da?

Når en jobber sammen to og to, kan det å reflektere over praksis gjøre at en utvikler en dypere forståelse av hva som fungerer og hva som ikke fungerer så godt i praksis (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). Sykepleierne beskrev at noe av det viktigste var å tilpasse kunnskapen til den enkelte pasient, og dens behov. Tilpasningen av kunnskapen, og tiltakene kunne være utfordrende. Det å forsøke å finne ut av hva som passet for den enkelte pasienten når ingenting så ut til å virke ble beskrevet som svært vanskelig og en følelse av hjelpeløshet kom frem. Ved hjelp av refleksjon sammen med andre ansatte om hva som virker og hva som ikke virker, eventuelt tips til andre tiltak kan være med på å redusere opplevelsen av hjelpeløshet (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). I en hektisk arbeidshverdag er det ofte ikke rom for refleksjon, derfor er det viktig å benytte rapporten, «kaffepausen» og møte i gangen så godt som mulig.

6.2 Kunnskapsutvikling før og etter opplæringsprogrammet

Når resultater fra en studie foreligger er det naturlig å sette resultatene inn i en sammenheng, og forsøke å skape en forståelse av betydningen av resultatene (Bjørk & Solhaug, 2008). Resultatene sier noe om fakta, hva en har funnet ut, og nå beveger en seg inn i en ny fase, hvor en skal se nærmere på hva det betyr (ibid). I denne studien er det naturlig å stille seg spørsmål om opplæringsprogrammet har medført endring i sykepleiernes kunnskaper og kompetanse om delirium. Først belyses derfor hvordan svarene på de standardiserte spørreskjemaene har endret seg som følge av opplæringsprogrammet. Avslutningsvis belyses kunnskapsutviklingen i den teoretiske og praktiske kunnskapen.

6.2.1 Kunnskapsutvikling på bakgrunn av standardisert kunnskapstest

Hare et al. (2008) utviklet et spørreskjema, kunnskapstesten, for å kunne avdekke nivået på sykepleiernes kunnskaper om delirium. De fant at kunnskapsnivået blant sykepleierne i deres studie var inadekvat og lavt, spesielt om risikofaktorer for delirium. I svarene på kunnskapstesten kommer det frem at sykepleierne hadde et svært variert kunnskapsnivå om delirium. Spørreskjemaet viste stor grad av usikkerhet i kunnskapen om delirium, (figur 3 s.44), men de var enda mer usikre når det gjelder risikofaktorer for delirium (figur 4. s. 44).

Usikkerheten og det varierte kunnskapsnivået kommer til syne i de store variasjonene i svarene sykepleierne gav på spørreskjemaet som kom frem i denne studien. Dette samsvarer med resultatene Hare et al (2008) fikk i sin studie.

Gjennom å bli tydelig på hva vi vet og ikke vet, er det med på å styrke utøvelsen av sykepleie (Bjørndal et al., 2013). Når en vet hva en kan og hva en mangler kunnskaper om er det lettere å anskaffe den kunnskapen en har behov for. Kunnskapstesten ble nyttig nettopp med bakgrunn i å avdekke hva sykepleierne kunne og ikke kunne. Det var til hjelp slik at den enkelte sykepleieren selv fikk innblikk i hva de hadde kunnskaper om og hvilke kunnskaper de manglet. Kunnskapstesten avdekket at sykepleierne hadde behov for både kunnskaper om delirium generelt, men kanskje enda mer om risikofaktorene for delirium (Hare et al., 2008).

Kunnskapstesten som ble avlagt etter opplæringsprogrammet var avsluttet viste at sykepleierne i stor grad fremstod som sikrere og mer enige i svarene på spørreskjemaet (se figur 5 s.45 og 6 s.46). Det var ikke samme variasjonen i svarene som før opplæringsprogrammet. Dette kan være et tegn på at de var sikrere i kunnskapen etter opplæringen enn hva de var før, men fortsatt var det forskjell i de to ulike delen av spørreskjemaet. Svarene viste at sykepleierne fortsatt var mer usikre når det kom til risikofaktorer for delirium enn om kunnskaper om delirium (se figur 5 s. 45 og figur 6 s.46).

Når en skal måle endringen studien har medført er det viktig sammenligne de forskjellige variablene i studien (Polit & Beck, 2006). Å sammenligne svarene før og etter blir derfor essensielt. Ved å se på figur 7 (s. 47) er det lett og se at det var en endring i svarene sykepleierne avgå før og etter opplæringsprogrammet. Figur 8 (s.48) viser at det på syv av påstandene var det avlagt samme svar, og kun to av påstandene har en negativ endring, hvor flere var usikre eller har svart feil. Mens på de resterende 19 påstandene har det vært en positiv endring, hvor flere svarte riktig etter gjennomføringen av opplæringsprogrammet.

Resultatene viser at opplæringsprogrammet har medført en positiv endring i sykepleiernes teoretiske kunnskaper om delirium. I tråd med andre studier kommer det frem at ved hjelp av teoretisk undervisning og implementering av kartleggingsverktøy har sykepleieres kunnskaper om delirium økt og blitt styrket (Lundström et al., 2005; Wand et al., 2014).

6.2.2 Kunnskapsutvikling og forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap

Å forvalte et fag innebærer å ha mer kunnskap enn pasienten om sannsynlige utfall av ulike handlingsvalg. Ved hjelp av kunnskap skal en sykepleier bistå pasienten i å treffe gode valg som fremmer helse og minimer skade. Med andre ord omhandler det å være en profesjonell å kunne sitt fag, både i teori, men også i praksis (Grimen, 2008a). I følge Grimen (2008a) er det samspillet i kunnskapsgrunnlaget til sykepleie profesjonen som er noe av det særegne for profesjonen. Sykepleierne trenger en blanding av teoretiske innsikter fra forskjellige fagområder, praktiske ferdigheter og fortrolighet med konkrete situasjoner (ibid).

Teoretisk kunnskap gjør oss i stand til å beskrive og forklare et fenomen, ofte på en presis og entydig måte (Kirkevold, 2006). Som beskrevet i forrige del av kapittelet har spørreskjemaet gitt innsikt i sykepleiernes teoretiske kunnskaper om delirium. Sykepleiernes usikkerhet kom frem i dataene fra spørreskjemaene. Ut i fra Grimens teori (2008a) om forholdet mellom de ulike kunnskapsgrenene, stilte jeg meg spørrende til om sykepleiernes usikkerhet om tematikken og manglende teoretisk kunnskap også kom til syne i beskrivelsen av den praktiske kunnskapen?

Praktisk kunnskap er knyttet opp til bestemte opplevelser og hendelser. Den er med andre ord subjektiv, og knyttet til erfaringer (Kirkevold, 1996). I samtaltene i forkant av opplæringsprogrammet var sykepleiernes beskrivelser av praksis skjønnsbasert og forskjellige. Sykepleiernes praktiske kunnskap fremstod som tilfeldig, uten struktur og retningslinjer, og det var store forskjeller i de ulike samtaltene. De brukte alle tid på å komme på og beskrive en pasientsituasjon som inkluderte en pasient med delirium. Samtaltene viste at den praktiske kunnskapen var mangelfull, og at det var tilfeldigheter som utgjorde grunnlaget for sykepleien til pasienter som hadde eller som stod i fare for å utvikle delirium.

Samtaleintervjuene og kunnskapstestene viste at sykepleiernes praktiske og teoretiske kunnskaper var lave, noe som medfører at kombinasjonen av de, sykepleiernes kompetanse om delirium, også kan antas å være lav (Molander, 1996). Kompetansen er ikke noe en enten har eller ikke men, den er i kontinuerlig utvikling (Kirkevold, 1996). Som en sentral del av kompetanse er refleksjon. Ved hjelp av faglig refleksjon om lignende erfaringer utvikler vi en mening i hvordan ting egentlig er (ibid). Min erfaring var at delirium var noe som ikke ble snakket om i avdelingen, og at det var lite refleksjon rundt tematikken. Sykepleiernes beskrivelsen i samtaleintervjuene i forkant av opplæringsprogrammet underbygger dette.

Spørsmålet ble videre om en ved hjelp av opplæringsprogrammet klarte å styrke sykepleiernes teoretiske og praktiske kunnskaper gjennom innføring av teori og kartleggingsverktøy i praksis?

Etter endt opplæring og innføring av kartleggingsverktøy viser spørreskjemaet ett tydelig endret teoretisk kunnskapsnivå blant sykepleierne. Figur 5 og 6 (s.45-46) viser at sykepleierne var mye mindre usikre i svarene de avga etter opplæringsprogrammet. Det var en større enighet i svarene de gav. Når en sammenligner svarene ved hjelp av figur syv (s.47) kan en fort se at sykepleierne hadde mer kunnskap etter opplæringsprogrammet enn tidligere. Men det er et klart skille mellom det å ha kunnskaper om noe, og det å ha evne til å bruke kunnskapen i praksis (Kirkevold, 1996). Spørsmålet var da om den praktiske kunnskapen også hadde endret seg? I de strukturerte samtaleintervjuene, etter opplæringsprogrammet beskrev sykepleierne praksis mer konkret enn de gjorde i forkant av opplæringsprogrammet. De var entusiastiske. Sykepleierne var tydeligere i sine beskrivelser, og konkrete i forhold til tiltak og pasientsituasjoner. De fortalte at de visste hva delirium var, og hvordan de skulle gå frem i møte med pasienter som stod i fare for eller som hadde utviklet delirium.

Ut i fra dataene i denne studien er det ikke mulig å si om det er den teoretiske undervisningen, refleksjon, eller innføringen av de strukturerte kartleggingsverktøy som har endret kunnskapsnivået og kompetansen til sykepleierne mest. Det som derimot er helt sikkert er at studien har medført økning i sykepleiernes teoretiske kunnskaper om delirium og ført til en mer reflektert praksiskunnskap blant sykepleierne som deltok i opplæringsprogrammet. I tråd med andre studier viser også denne at det er relativt lite som skal til for å styrke sykepleiernes kunnskaper om delirium (Sjøbø et al., 2012; Solberg et al., 2013).

6.3 Krav om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis

Det er i dag stort fokus på den faglig forsvarlighet og kvaliteten på tjenestene. Sykepleiernes plikt til å holde seg faglig oppdatert blir understreket fra flere hold (Helsepersonelloven, 1999; Knutheim & Björk, 2013; Norsk Sykepleieforbund, 2011). Forskning skal nå i større grad enn tidligere innføres i praksis (Bjørndal et al., 2013). I sykepleien er det ikke sykdommen, men sykepleiernes evne til å hjelpe menneske å takle sykdommen som er i fokus. Sykepleiere henter kunnskap fra mange ulike kunnskapsformer, og må være kjent med hvordan kunnskapen skal

brukes (Bjørk,2008). Videre belyses utfordringer i møte med kravene om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis belyses.

6.3.1 Utfordringer i møte med faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis

Sykepleierne i denne studien viser i samtaleintervjuene i forkant av studien at kunnskapen og praksisen består av erfarings- og skjønnsbaserte avgjørelser i møte med pasienter som står i fare for eller som har utviklet delirium. Det var som vi har sett store variasjoner i hva sykepleierne teoretisk og praktisk kunne om delirium. Det ble avdekket store individuelle forskjeller fra sykepleier til sykepleier. Kravet om faglige forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis blir ut fra funnene i samtaleintervjuene og kunnskapstesten ved opplæringsprogrammets start utfordret.

Det produseres og finnes i dag en overveldende mengde med forskning, og det er ikke enkelt å skulle få oversikt over den massive mengden kunnskap (Bjørndal et al., 2013). Sykehuset studien er gjennomført på har retningslinjer og prosedyrer for ivaretagelse av pasienter med delirium. Det er urovekkende at sykepleierne ikke kjente til prosedyrene for delirium og de kartleggingsverktøy som inngår i prosedyren, når vi vet at forekomsten av delirium blant eldre på medisinsk avdeling er høy (Juliebö et al., 2012).

I dagens helse-Norge er det ikke systemer på plass for å integrere ny kunnskap i praksis, som følge av at det blir produsert for mye kunnskap og informasjon på for liten tid (Bjørndal et al., 2013). Forskning viser at all tiden sykepleiere har til rådighet går til koordinering av tjenester, pleie og omsorg, noe som medfører at det ikke er tid til å lete etter ny og oppdatert kunnskap (Damsgaard, 2010). Praksisen som ble beskrevet i avdelingen ved opplæringsprogrammets start var basert på begrensede kunnskaper om delirium blant eldre. Det å innhente kunnskap om noe en ikke vet hva er, er vanskelig, i en hektisk arbeidshverdag med stadige fokus på effektivitet og innsparing. Knutheim og Bjørk (2013) hevder i sin artikkel at for å kunne ta kunnskap i bruk i praksis er det sentralt med tid, tilgjengelighet og mulighet i arbeidshverdagen. Uten at det er avsatt tid til faglig oppdatering må oppgaven enten skje innimellom alle de andre oppgaven, eller på fritiden. Det blir da til en aktivitet som blir vurdert i forhold til den enkeltes kapasitet og indre motivasjon. Med bakgrunn i de store variasjonene som fremkommer i kunnskapsnivået til sykepleierne i denne studien er det tydelig at kunnskapen om delirium var basert på den enkeltes interesse og erfaringer, i tråd med funnen til Knutheim og Bjørk (2013).

Sykepleierne som deltok i opplæringsprogrammet har gjort seg kjent med sykehusets prosedyre, og startet med å spre kunnskapen om delirium ut i avdelingen. Praksis var i beskrivelsene i samtaleintervjuene etter opplæringsprogrammet mer i samsvar med gjeldende retningslinjer og systematisert forskning i møte med pasienter som står i fare for eller som har utviklet delirium (Sjøbø et al., 2012). Sykehusets egen prosedyre ble altså i større grad tatt i bruk i praksis etter gjennomføringen av opplæringsprogrammet.

6.4 Refleksjoner rundt kunnskapsoverføring fra teori til praksis

I det følgende kapitlet utdypes refleksjoner til selve kunnskapsoverføringen. Først belyses sykepleiernes opplevelse av å delta i studien. Deretter gjøres det noen refleksjoner til selve gjennomføringen av opplæringsprogrammet ved å vurdere og drøfte de ulike støtte faktorene og barrierene opplæringsprogrammet møtte i praksis. Avslutningsvis kommer forslag til hvilke implikasjoner denne studien kan ha for praksis og videre forskning.

6.4.1 Sykepleiernes opplevelse av å delta i opplæringsprogrammet

Drivkraften i utvikling og innføring av kunnskap ligger i å potensielt klare å styrke, og bedre omsorgen og pleien til pasientene (Bjørk et al., 2013). Sykepleieren som deltok i studien uttrykte alle et sterkt ønske om å lære. De beskrev at det var grunnen til at de ønsket å delta, videre kom det frem at de ønsket å gjøre noe med mangelen på kunnskaper. Motivasjonen til deltakerne lå i å kunne øke sin egen kunnskap og kompetanse om delirium, men også være med på å endre dagens praksis.

I samtalene etter opplæringsprogrammet beskrev sykepleierne det som nyttig å ha deltatt i studien. De fortalte at de hadde lært mye, og de formidlet en takknemlighet for at de hadde fått lov til delta. Videre beskrev sykepleierne at opplæringsprogrammet hadde gitt kunnskaper, som igjen har gitt dem knagger til å henge de ulike symptomene og tegnene på i møte med pasienter som står i fare for utvikle delirium. Kartleggingsverktøyene beskriver sykepleierne som et nyttig verktøy i å systematisere observasjoner, identifisere risikoutsatte pasienter letter, og som hjelp i samtale og diskusjon med legen.

Sykepleierne beskrev både undervisningen og innføringen av kartleggings verktøyene som bra og nyttig for daglig praksis, men de beskrev også et ønske om enda mer oppfølging underveis i de åtte ukene studien pågikk. Det å skulle sette teori ut til praksis ble tidvis opplevd som vanskelig av sykepleierne, som følge av lite støtte i kollegaer som ikke hadde samme kunnskaper og holdninger, leger som ikke hørt etter og et manglende fokus generelt i avdelingen. Å få spredt kunnskapen til en hel arbeidsgruppe er vanskelig og krever ressurser (Sjøbø et al., 2012), men ifølge sykepleierne i denne studien er det essensielt for å kunne få til en varig endring i praksis. Sykepleiere beskriver også at det er viktig med refleksjon i arbeidsgruppen om delirium for å kunne dele kunnskapene om delirium med hverandre, og gjennom refleksjon og diskusjon sammen skape et bilde av hva som fungerer og hva som ikke fungerer for den enkelte pasienten. På den måten kan sykepleiergruppen drøfte de ulike tiltak opp mot hverandre, og velge hvilke som skal benyttes hos den enkelte pasienten.

Sykepleierne beskriver spørreskjema som nyttig i å avdekke hva en kan, hva en er usikker på og hva en ikke kan. Kunnskapstesten uttrykket sykepleierne at var en motivasjon til å lære, og de opplevde den som nyttig i kartlegging av egen kunnskap. Kunnskapstesten medførte at de selv opplevde å få et innblikk i hva de hadde lært som følge av opplæringsprogrammet.

6.4.2 Støttefaktorer i gjennomføringen av opplæringsprogrammet

For at en kunnskapsoverføring skal ha effekt er det sentralt med støtte og tilrettelegging, og involvering av flere aktører enn bare den som forsker (Straus et al., 2011). Denne studien har hatt god støtte og samarbeid med ledelsen til tilrettelegging og oppmuntring underveis i studien. De andre som arbeider i avdelingen var også svært positive til studien, og flere uttrykte et ønske om å lære mer om delirium.

Gjennom samtaleintervjuene kom det frem at sykepleierne satt med en opplevelse av maktesløshet i møte med pasientene med delirium. Maktesløsheten var med på å fremme et ønske om mer kunnskap og en bedre praksis, noe som en kan si var en støttefaktor i motivasjonen og interessen sykepleierne viste for tematikken. Sykepleierne som deltok i studien viste et stort engasjement for å ta til seg den nye kunnskapen. De beskrev alle et sterkt ønske om å tilegne seg mer kunnskap om en pasientgruppe som de opplevde som utfordrende og vanskelig å hjelpe i praksis.

Min kjennskap i avdelingen var også en støttefaktor i gjennomføringen av opplæringsprogrammet. Med kjennskap til de ulike utfordringer sykepleierne har i arbeidshverdagen, var det lettere å konkretisere og komme med eksempler og pasientcases som sykepleierne kjente til og kunne relatere seg til.

6.4.3 Barrierer i gjennomføringen av opplæringsprogrammer

Å implementere kunnskap fra papir til praksis er et arbeid som trenger god innsikt i mekanismer som hemmer og fremmer endring i avdelingen (Bjørk, 2008). Ved studiens start var det mangelfulle kunnskaper om delirium. Hvilke barrierer og utfordringer som lå i praksis før opplæringsprogrammet ble ikke avdekket i samtaleintervjuene på grunn av manglende kunnskap. Samtalene endte opp med å all hovedsak omhandle hva delirium er. Det fremkommer derfor at mangelen på kunnskap kunne være en barriere.

Tid, hektiske arbeidsdager og ser en i etterkant at var barrierer til innføringen av kunnskap. Tid var en stor utfordring for sykepleierne med korridorpasienter og et uvanlig høyt arbeidspress. Medisinske sengeposter er hektiske avdelingen hvor det til enhver tid er viktig å tenke gjennom og vurdere hvordan tiden skal prioriteres mellom ulike oppgaver. Det høye arbeidspresset var rent faktisk en utfordring, men også mentalt var det en utfordring når en kommer med ny kunnskap. Den kan oppleves som ekstra tilleggsoppgaver. Mangelen på kunnskap medfører at en ikke nødvendigvis opplever de nye verktøyene som nødvendige og nyttige, men kun som noe ekstra. Et problem som ble fremhevet i denne studien var at tiltak som ble igangsatt ikke ble fulgt opp av de andre i avdelingen. Sykepleierne beskrev at det var utfordrende å få alle til å delta og ta i bruk de nye kartleggingsverktøyene. De fortalte videre at alle som arbeidet i avdelingen hadde hatt behov for mer kunnskap om delirium, fra assistenter til leger. For å oppnå en varig endring vil det være essensielt at flere hadde fått deltatt i studien.

Oppfølgingstiltakene som var tenkt gjennomført i denne studien ble ikke fulgt opp, noe som medførte at kunnskapen ikke ble spredt i avdelingen slik som tenkt. I ettertid kan det se ut til at tidspunktet på året studien ble gjennomført på var uheldig. Det skulle også vært en strammere ramme for oppfølgingstiltakene, og det burde blitt satt av bestemte tider til oppfølgingstiltak, men også satt av tid til samling og refleksjon med sykepleierne som deltok i studien. Ved å sette konkret møtetider og steder, og si hvem som skal gjøre hva, vil det være lettere å prioritere deltakelse og oppmøte på oppfølgingstiltakene.

6.4.4 Refleksjoner over gjennomføringen av opplæringsprogrammet

Gjennom studien kommer der frem at kunnskapsoverføring fra teori til praksis er en kompleks prosess med mange ulike prosesser, faser og aspekter. For å kunne ha en oversikt over aspekter og faser har «fra kunnskap til handling» modellen vært til god hjelp (Graham et al., 2006). Modellen har vært med på å støtte meg gjennom de ulike fasene, og vært til god veiledning underveis, og til hjelp i opprettholdelse av struktur i kunnskapsoverføringen.

Sykepleierne beskrev at den teoretiske undervisningen hadde en passelig lengde. Selv om enkelte ønsket seg noe mer undervisning, kom det tydelig frem at to timer undervisning av gangen opplevdes passelig. Sykepleierne beskrev også tiden mellom de to undervisningsbolkene som nyttig ved at de fikk tid til å observere praksis og reflektere over hva vi hadde snakket om i undervisningen.

Rammene for utprøvsperioden i denne oppgaven var åtte uker ut i fra hva jeg anså som praktisk mulig å få til innenfor rammen av tiden jeg hadde til rådighet. Sykepleierne beskrev at det var vanskelig å få hele avdelingen til å ta i bruk de nye kartleggingsskjemaene og at det var flere utfordringer for å få til dette. Perioden var som tidligere beskrevet uvanlig hektisk, og det er derfor mulig at studien også var en tilleggsbelastning for sykepleierne i de ukene studien pågikk. Ettersom oppfølgingstiltakene ikke helt ble gjennomført etter planen er det vanskelig å si sikkert om åtte uker er tilstrekkelig tid for å implementere nye kartleggingsverktøy.

Studien har vist at overføring av kunnskap er en kontinuerlig prosess, med ulike faser og prosesser som alle er nødvendige for å kunne skape endring i praksis slik det også er påpekt av Graham et al. (2006). Utfordringen ligger i å opprettholde bruken av kunnskapen. I innføring av ny kunnskap er det alltid en fare for å falle tilbake til «gamle synder» dersom ikke oppfølgingstiltak iverksettes.

Ettersom at jeg fortsatt jobber i avdelingen har jeg et ønske om å undervise flere om delirium på fagdager og temadager. Det kan også være aktuelt å benytte kunnskapstesten som hjelp slik at den enkelte sykepleier selv kan få et innblikk i hva hun/han kan om delirium. Det er også en ambisjon å fortsette arbeidet med å innføre kartleggingsverktøyene slik at de blir en naturlig del av praksis for alle.

6.4.5 Implikasjoner for videre forskning

Spørreskjemaet som er oversatt i denne studien må valideres i en større studie. Denne studien viser at det er viktig at flest mulig på en avdeling deltar og får kunnskaper om delirium. Sykepleierne som deltok i studien beskriver at det er mangel på kunnskaper fra assistenter til leger, noe som indikerer behovet for fortsatt kunnskapsutvikling om delirium i praksis.

7.0 KONKLUSJON

Opplæringsprogrammet med teori og praksis styrket sykepleiernes teoretiske kunnskaper om delirium. Sykepleiernes beskrivelser av kartlegging, identifisering og behandling viste at praksis ble mer systematisk når kompetansen økte. Innføring av standardiserte kartleggingsverktøy er viktig for både identifisering, dokumentering og systematikk i praksis. En sentral utfordring ligger i å få spredt kunnskapen til flest mulig som arbeider i avdelingen

LITTERATURLISTE

- Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A.-M. S., Larsen, K., . . . Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: an example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2336-2347. doi: 10.1111/jan.12091
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Roth, A., Smith, M. J., Cohen, K., & Passik, S. (1997). The Memorial Delirium Assessment Scale. *Journal of Pain & Symptom Management*, 13(3), 128-137.
- Böyum, Å. W. (2013). Prevention of delirium in elderly patients hospitalized with hip fracture. [Artikkel]. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 210-219.
- Canadian Institute of Health Research, (2014), hentet fra <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html> (nedlastet 5.januar 2015)
- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice. *Journal Of Gerontological Nursing*, 34(6), 41-47.
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Duffy, M. E. (2006). Translating Instruments Into Other Languages: Basic Considerations. *Clinical Nurse Specialist September/October*, 20(5), 225-226.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. Tønsberg: Forl. Aldring og helse.
- Fillit, H., & Butler, R. N. (2009). The frailty identity crisis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 348-352. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02104.x
- Folkeuniversitetet. (2015). *Test of Norwegian - advanced level ("Bergenstesten")*. Hentet fra <http://www.folkeuniversitetet.no/english-pages/norsk-spraktest/test-of-norwegian-advanced-level/side-id-10300/> (nedlastet 3 april 2015)
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2007). Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*, 14(11), 936-941.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-85). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-212). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-222). Oslo: Abstrakt, 2009.
- Grimen, H., & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 321-349). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudie* (s. 179-195). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Gustafson, Y., Lundstrom, M., Bucht, G., & Edlund, A. (2002). Delirium in old age can be prevented and treated. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(8), 810-814.
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29(1), 23-31.
- Helsedirektoratet. (2008). <respekt-og-kvalitet-rapport-om-styrking-av-spesialisthelsetjenester-for-eldre.pdf>. (Rapport IS-1498). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/respekt-og-kvalitet-rapport-om-styrking-av-spesialisthelsetjenester-for-eldre/Publikasjoner/respekt-og-kvalitet-rapport-om-styrking-av-spesialisthelsetjenester-for-eldre.pdf> (nedlastet 15 april 2013)
- Helsepersonelloven. (1999). LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell#%C2%A74> (nedlastet 20.april 2014)
- Helse og omsorgsdepartementet, (2008). <Nasjonal strategi for spesialist helsetjenester for eldre 2008-2012>. (Strategi I-1137 B). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Spesialisthelsetjenestestrategi%20for%20eldre.pdf> (nedlastet 20 april 2013)
- Helsinkideklarasjonen. (2013). *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Sist revisjon 2013, Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (nedlastet 2. april 2015)
- Hem, E. (2012). Delirum eller delir? *Tidsskrift for norsk legeforening*, Nr. 5 2012;132, 550.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M., Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Johnsen, H. C. G., Halvorsen, A., & Repstad, P. (2009). Innledning. I A. Halvorsen, H. C. G. Johnsen, P. Repstad, T. Aasland & A. H. Balsnes (Red.), *Å forske blant sine egne : universitet og region - nærhet og uavhengighet* (s. 14-19). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Juliebø, V., Krogseth, M., Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2012). Delirium – a common condition associated with negative outcome in the elderly. *Norsk Epidemiologi* 22 (2), 253-260.
- Juliebö, V., Krogseth, M., Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2012). Delirium - a common condition associated with negative outcome in the elderly. [Översikt]. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 253-260.
- Juliebö, V., Lerang, K., Skanke, H., & Mowe, M. (2004). A new delirium severity scale. [Brev]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 124(17), 2276.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2008). Kartlegging. I K. Brodtkorb, M. Krikevold & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasient* (2. utg., s. 113-122). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Knutheim, A. G., & Björk, T. (2013). The clinical specialist education - best suited to enhance learning through informal activities? [Artikkel]. *Sykepleien Forskning*, 8(1), 62-72.
- Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53210.x
- Malterud, K. (2005). Qualitative methods in medical research - conditions, possibilities and challenges. [Översikt]. *Ugeskrift for Laeger*, 167(22), 2377-2380.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49108.x
- Meako, M. E., Thompson, H. J., & Cochrane, B. B. (2011). Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthop Nurs*, 30(4), 241-248. doi: 10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier : en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *profesjonsstudier* (s. 13-28). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. . utg.). Göteborg: Daidalos.
- Morandi, A., McCurley, J., Vasilevskis, E. E., Fick, D. M., Bellelli, G., Lee, P., . . . MacLulich, A. (2012). Tools to detect delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 60(11), 2005-2013. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04199.x
- Neerland, B. E., Ahmed, M., Watne, L. O., Hov, K. R., & Wyller, T. B. (2014). New consciousness scale for delirium. [Artikkel]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 134(2), 150.
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium in elderly patients. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 133(15), 1596-1600.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler (Rev. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organisation. (2011). *Process of translation and adaption of instruments*. Hentet fra http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (nedlastet 20. februar 2015)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization* (6. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranhoff, A. H. (2008a). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 452-462). Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
- Ranhoff, A. H. (2008c). Den akutt syke gamle. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg. , s. 225-237). Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.

- Ranhoff, A. H., & Brørs, O. (2005). Drugs which can cause delirium among the elderly. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 125(17), 2366-2367.
- Reas, D., Bang, L., Överås, M., Lask, B., & Rö, Ö. (2012). Translation and cultural adaptation of psychological instruments: Experiences from tests used for eating disorders. [Artikkel]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 260-264.
- Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M., & Foreman, M. D. (2011). Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clin Nurse Spec*, 25(6), 299-311. doi: 10.1097/NUR.0b013e318234897b
- Råholm, M.-B., Thorkildsen, K., & Löfmark, A. (2010). Translation of the Nursing Clinical Facilitators Questionnaire (NCFQ) to Norwegian language. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 196-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2009.08.005>
- Sjøbø, B., Graverholt, B., & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten [Norwegian]. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 358-368. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0155
- Solberg, L. M., Plummer, C. E., May, K. N., & Mion, L. C. (2013). A quality improvement program to increase nurses' detection of delirium on an acute medical unit. *Geriatric Nursing*, 34(1), 75-79. doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.12.009
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Middelalternativet (MMMM) i befolkningsfremskrivingen*. hentet fra <http://www.ssb.no/folkfram/> (nedlastet 15. november 2012).
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 165-168. doi: 10.1503/cmaj.081229
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.016>
- Strømfors, G., & Edland-Gryt, M. (2013). *Jeg visste ikke at jeg kunne så mye : praksisrefleksjon på arbeidsplassen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I L. I. Terum & H. Grimen (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-17). Oslo: Abstrakt.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2011). Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(02), 59-71.
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., St-Jacques, S., & Laplante, J. (2008). Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 165-177.
- Wand, A. P., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., & Hunt, G. E. (2014). A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: a before and after study. *Int J Nurs Stud*, 51(7), 974-982. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.11.005
- Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the Elderly: A Review. *Oman Medical Journal*, 23(3), 150-157.
- Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatrí: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Yanamadala, M., Wieland, D., & Heflin, M. T. (2013). Educational Interventions to Improve Recognition of Delirium: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1983-1993. doi: 10.1111/jgs.12522

VEDLEGG 1

Undervisningsplan:

Uke 44- Undervisningsdag 1

3 sykepleiere tirsdag

3 sykepleiere fredagen

Uke 45 – Undervisningsdag 2

Onsdag, da med alle 6 sykepleierne.

Uke 47 - Undervisningsdag 3

3 sykepleiere mandag

3 sykepleiere torsdag

UNDERVISNING - LEGGES TIL UKE 44-47

DAG 1 (Ramme 2 timer) Generelt delirium, osv.– Identifisering og behandling

Litt om aldring og aldringsprosess – hvem er den geriatrike pasienten? Komorbiditet – skrøpeligheit og funksjonssvikt? – 10 minutter

Innledning om prosjektet (med gjennomgang av undervisningsopplegget) -5 minutter

Refleksjon i 5 minutter om delirium – hva forbinder de med? Aktuelt på posten vår?

Hva kjennetegner delirium? Forelesning – 50 minutter

- Akutt
- Hyper vs. Hypo og der igjen blandet
- Fluktuerende
- Reversibel
- Konsekvenser av delirium
- Predisponerende faktorer
- Behandlingsrelaterte (flersengsstuer, fysiske begrensninger, våkenetter som følge av hyppig tilsyn, feil behandling, feil ernæring, urinkateter, mm)
- DELIRIUM VS DEMENS og DEPRESJON

Delirium og medisiner- 30 min

- Polyfarmasi
- Umiddelbar behandling av underliggende årsak (er)
- Umiddelbar igangsettelse av medisinsk behandling "
- Fjerne potensielt delirium utløsende medisiner

Delirium versus demens – 20 min

- Hva er forskjellen mellom demens og delirium
- Hvordan skille delirium fra demens
- Delirium hos pasienter med kjent demens – hvordan gjenkjenne

REFLESKJON (15-20 min)– opplevelse med delirium på posten? Aktuell problemstillinger? Hva er det som er vanskelig i møte med pasientene? Info om neste undervisning.

DAG 2 (2 timer) Identifisering

CAM MDAS OSLA

Erfaringer med delirium fra forrige undervisning (15 min)

Erfaringer og bruk av CAM (50 min) – Forelesning av geriatrikisk sykepleier fra poliklinikken.

Gjennomgang og bruk av MDAS og OSLA (40 min)

Refleksjon – diskusjon – Hvordan skal vi klare å ta verktøyene i bruk, hvilke verktøy vil være nyttig i vår avdeling (15-20 min)

DAG 3 (2 timer) Behandling og forebygging

SYKEPLEIERES ROLLE OG ANSVAR OG KLINISKE PROSEDYRER– Forelesning 60 min

- Støttende miljø
- Legge til rette for familie og venner – ta kontakt med få informasjon fra
- Minske sansetap
- Skjerming av pasienten
- Legge til rette for NORMAL døgnrytme
- Realitetsorienterende tiltak – veggur og dato på alle rom.
- Beroligende tiltak – 1-1 kontakt,
- Tvang?
- Fjerning av urinkateter om mulig
- Tiltak i forhold til orientering og reorientering av pasienten.
- Mobilisering
- Dokumentasjon og Rapportering
- Felles språk
- Utreise - kommunehelsetjenesten

DOKUMENTASJON OG SPÅRK – Forelesning 20 minutter

OPPSUMERING OM CAM OG MDSA med videre plan for prosjektet. (10 minutter)

30 minutter Refleksjon omkring hvordan vi gjør det hos oss? Hva kan vi nå gjøre de neste åtte ukene for å hjelpe? Hvordan integrere dette i vår daglige praksis? Diskusjon omkring implementering av de nye rutinene for identifisering, behandling og forebygging.

Refleksjonsoppgaver:

Hvilke utfordringer står vi som sykepleiere ovenfor i det å skulle kartlegge, identifisere og behandle delirium blant eldre som legges inn på medisinsk sengepost? (Tid, ytre rammefaktorer, etiske, språklige)

Kan CAM hjelpe oss i møte med pasienter i risiko for å utvikle delirium? Hvordan opplever DU at verktøyet er i bruk i praksis?

KODE-M
INTERVJUSAMTALE OM LÆREFORUTSETNINGER
(Før intervensjonen)

INNLEDNING:

- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
- Hvor lenge har du jobbet her på medisin 3?
- Har du tidligere klinisk erfaring med arbeid med eldre?
- Har du jobbet med/vært borti denne tematikken tidligere?

FØR INTERVENSJONEN:

1. Hva er dine erfaringer som sykepleier med å kartlegge og identifisere delirium blant eldre?
2. Hva er dine erfaringer som sykepleier med å behandle og forebygge delirium blant eldre?
3. Når vi snakker om begrepet delirium hvilke assosiasjoner får du da?
 - i. Kan du si noe om hva du legger i begrepet?
 - ii. Hva er egentlig delirium?
 - iii. Er det andre begreper du bruker i stedet for delirium?
4. Kan du beskrive en situasjon hvor du står ovenfor en pasient med delirium? Hva karakteriserer pasienten?
5. Hvordan var det for deg? Hvordan grep du situasjonen an - tilkalte du hjelp, hvilke følelse og tanker hadde du? (*Obs. skille mellom demens og delirium*)
6. Hvilke kjennetegn kjenner du igjen ut i fra din erfaring som sykepleier som beskriver delirium? (*Hyper og hypo*)
7. Men tanke på en kunnskapsbasert praksis viser forskning at det er viktig med standardiserte kartleggingsverktøy for å identifisere, forebygge og behandle delirium – kan du si noe om hvordan rutinen er her for det?
 - i. I forbindelse med innleggelse, under oppholdet
 - ii. Dersom verktøy – hvordan bruker du det/disse? Hva hindrer deg evt i å bruke det/disse?
8. Vi planlegger nå å sette i gang et opplæringsprogram og ut i fra denne samtalen vi har nå - hva er etter DIN mening viktig at inngår i opplæringen?
9. Har du noen tanker om hvordan dette opplæringsprogrammet kan legges til rette slik at du mest mulig kan dra nytte av det i ditt daglige arbeid?

KODE-M
INTERVJUSAMTALE OM EVALUERING OG DELTAGELSE
(Etter intervensjonen)

ETTER INTERVENSJONEN:

1. Etter vi snakket sammen sist har du vært gjennom et opplæringsprogram. Kan du fortelle litt om hvordan det har vært? Hvis vi skal gjennomføre dette på nytt – hva har vært bra – og hva bør gjøres annerledes?
2. Hvilke assosiasjoner får du nå når vi snakker om delirium?
3. Før opplæringsprogrammet ble igangsatt var det flere som syntes det var vanskelig å si noe om hva som kjennetegner delirium. Jeg lurte på om dette er endret nå - hva kjennetegner pasienter med delirium?
4. Har dine erfaringer med det å skulle kartlegge og identifisere delirium blant eldre endret seg om følge av opplæringsprogrammet? Hvordan? Hvilke erfaringer har du gjort mht å bruke kartleggingsverktøyene?
5. Hva gjør du nå om du mistenker at en pasient har delirium? Hvordan går du frem for å forebygge og behandle delirium?
6. Har du i løpet av intervensjonsperioden kommet opp i en situasjon med en pasient med delirium? Kan du beskrive denne situasjonen?
7. Denne studien er en pilotstudie og skal gjøres i større skala ved HiG. Hvilke tilbakemeldinger vil du gi til dem? Noe de bør gjøre andreledes - noe de bør fokusere mer/mindre på?



Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29(1), 23-31. Oversettelse til norsk ved Aas, Hanne & Eilertsen, Grethe

Del I: KUNNSKAP OM DELIRIUM

Kryss av for påstandene som stemmer for deg

		Enig	Uenig	Usikker
1	Svingninger mellom å være orientert og desorientert er ikke typisk for delirium			
2	Symptomer på depresjon kan ligne på delirium			
3	Behandling for delirium inneholder alltid sedering (beroligende)			
4	Pasienter husker aldri episoder med delirium			
5	En MMSE (Mini Mental Status Examination) er den beste måten å diagnostisere delirium på			
6	Delirium varer aldri lengre enn noen få timer			
7	En pasient som er apatisk og vanskelig å vekke har ikke delirium			
8	Pasienter med delirium er alltid fysisk og/eller verbalt aggressive			
9	Delirium skyldes stort sett alkohol abstinenser			
10	Pasienter med delirium har høyere dødelighet			
11	Atferdsendringer i løpet av dagen er typisk for delirium			
12	En pasient med delirium vil lett bli distraheret og/eller ha vansker med å følge en samtale			
13	Pasienter med delirium vil ofte oppleve persepsjonsforstyrrelser			
14	Endret søvn-/våken mønster kan være et symptom på delirium			

Del II: KUNNSKAP OM RISIKOFAKTORER FOR Å UTVIKLE DELIRIUM



Kryss av for påstandene som stemmer for deg

		Enig	Uenig	Usikker
1	En pasient som blir operert for lårhalsbrudd har samme risiko for delirium som en pasient som blir elektivt operert for å bytte hofte			
2	Risiko for delirium øker med økende alder			
3	En pasient med redusert syn vil ha økt risiko for å utvikle delirium			
4	Jo flere medisiner en pasient tar, jo større er risikoen for å utvikle delirium			
5	Inneliggende urinkateter vil redusere risikoen for delirium			
6	Kjønn har ingen innvirkning på utvikling av delirium			
7	Dårlig ernæring øker risikoen for å utvikle delirium			
8	Demens er den største risikofaktoren for delirium			
9	Menn har større risiko for delirium enn kvinner			
10	Diabetes er en høy risikofaktor for delirium			
11	Dehydrering kan være en risikofaktor for delirium			
12	Redusert hørsel øker risikoen for delirium			
13	Fedme er en risikofaktor for delirium			
14	En pasient med demens i familien er predisponert for delirium			



SPØRRESKJEMA OM DELIRIUM

DEL I: KUNNSKAP OM DELIRIUM

	ORIGINAL	NORSK	REOVERSATT
1	Fluctuation between orientation and disorientation is not typical of delirium	Svingninger mellom å være orientert og desorientert er ikke typisk for delirium	Fluctuation between being orientated and disorientated is not usual for delirium
2	Symptoms of depression may mimic delirium	Symptomer på depresjon kan ligne på delirium	Symptoms of depression can resemble delirium.
3	Treatment for delirium always includes sedation	Behandling for delirium inneholder alltid sedering (beroligende)	Treatment for delirium always contains sedation. (tranquillizing)
4	Patients never remember episodes of delirium	Pasienter husker aldri episoder med delirium	Patients never remember episodes with delirium.
5	A Mini Mental Status Examination (MMSE) is the best way to diagnose delirium	En MMSE (Mini Mental Status Examination) er den beste måten å diagnostisere delirium på	An MMSE (Mini Mental Status Examination) is the best way to diagnose delirium.
6	Delirium never lasts for more than a few hours	Delirium varer aldri lengre enn noen få timer	Delirium never last more than a couple of hours.
7	patient who is lethargic and difficult to rouse does not have a delirium	En pasient som er apatisk og vanskelig å vekke har ikke delirium	A patient who is lethargic and difficult to wake does not have delirium

8	Patients with delirium are always physically and/or verbally aggressive	Pasienter med delirium er alltid fysisk og/eller verbalt aggressive	Patients with delirium are never physically and/or verbally aggressive.
9	Delirium is generally caused by alcohol withdrawal	Delirium skyldes stort sett alkohol abstinenser	Delirium is mainly the result of alcohol abstinence
10	Patients with delirium have a higher mortality rate	Pasienter med delirium har høyere dødelighet	Patients with delirium have higher mortality.
11	Behavioural changes in the course of the day are typical of delirium	Atferdsendringer i løpet av dagen er typisk for delirium	Behavioral changes during the day are typical for delirium
12	A patient with delirium is likely to be easily distracted and/or have difficulty following a conversation	En pasient med delirium vil lett bli distraheret og/eller ha vansker med å følge en samtale	A patient with delirium will easily become distracted and/or have difficulty following a conversation.
13	Patients with delirium will often experience perceptual disturbances	Pasienter med delirium vil ofte oppleve persepsjonsforstyrrelser	Patients with delirium will often experience perceptual disturbances.
14	Altered sleep/wake cycle may be a symptom of delirium	Endret søvn-/våken mønster kan være et symptom på delirium	Altered sleeping/ waking patterns can be a symptom of delirium.

DEL II: KUNNSKAP OM RISIKOFAKTORER FOR Å UTVIKLE DELIRIUM



	ORIGINAL	NORSK	RE-OVERSATT
1	A patient having a repair of a fractured neck of femur has the same risk for delirium as a patient having an elective hip replacement	En pasient som blir operert for lårhalsbrudd har samme risiko for delirium som en pasient som blir elektivt operert for å bytte hofte	A patient who is operated for a hip fracture has the same risk of delirium as a patient who is electively operated for a hip replacement.
2	The risk for delirium increases with age	Risiko for delirium øker med økende alder	The risk of delirium increases with age
3	A patient with impaired vision is at increased risk of delirium	En pasient med redusert syn vil ha økt risiko for å utvikle delirium	A patient with reduced sight will have an increased risk for developing delirium.
4	The greater the number of medications a patient is taking, the greater their risk of delirium	Jo flere medisiner en pasient tar, jo større er risikoen for å utvikle delirium	The more medicines a patient takes, the larger the risk for developing delirium.
5	A urinary catheter in situ reduces the risk of delirium	Inneliggende urinkateter vil redusere risikoen for delirium	An indwelling urine catheter will reduce the risk of delirium.
6	Gender has no effect on the development of delirium	Kjønn har ingen innvirkning på utvikling av delirium	Gender has no influence on developing delirium.
7	Poor nutrition increases the risk of delirium	Dårlig ernæring øker risikoen for å utvikle delirium	Poor nutrition increases the risk of delirium.

8	Dementia is the greatest risk factor for delirium	Demens er den største risikofaktoren for delirium	Dementia is the biggest risk factor for delirium.
9	Males are more at risk for delirium than females	Menn har større risiko for delirium enn kvinner	Men have a larger risk of developing delirium than women
10	Diabetes is a high risk factor for delirium	Diabetes er en høy risikofaktor for delirium	Diabetes has a higher risk factor for delirium.
11	Dehydration can be a risk factor for delirium	Dehydrering kan være en risikofaktor for delirium	Dehydration can be a risk factor for delirium
12	Hearing impairment increases the risk of delirium	Redusert hørsel øker risikoen for delirium	Reduced hearing increases the risk of delirium.
13	Obesity is a risk factor for delirium	Fedme er en risikofaktor for delirium	Obesity is a risk factor for delirium
14	A family history of dementia predisposes a patient to	En pasient med demens i familien er predisponert for delirium	A patient with dementia in the family is predisposed for delirium



Til Avdelingsleder ved medisinsk avdeling

**Forespørsel om å få gjennomføre masterprosjekt KODE-M –
Kompetanse Om Delirium blant Eldre på Medisinsk sengepost.**

Mitt navn er Hanne Aas. Jeg er sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg og er for tiden student ved Fakultetet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, der jeg jobber med min avsluttende masteroppgave i klinisk helsearbeid. Som tema for masteroppgaven har jeg valgt kompetansheving blant sykepleiere i møte med eldre pasienter med delirium. Delirium er en alvorlig klinisk tilstand og assosieres med negativt utfall som kognitiv svikt og økende morbiditet, noe som bør forhindres så langt det lar seg gjøre.

Tilstanden rammer særlig eldre som innlegges på sykehus. Studier viser at 31 % av eldre som innlegges har delirium ved innkost til medisinsk sengepost, og opp til 24 % vil utvikle delirium under oppholdet. Samtidig har pasienter med demens 50 % sjanse for enten å ha eller utvikle delirium i forbindelse med innleggelse på sykehus. Til tross for økt kunnskap om tilstanden i de senere år viser forskning at tilstanden ofte ikke oppdages eller blir oversett i praksis.

Masterprosjektet skal undersøke sykepleieres erfaringer med å delta i et 10 ukers opplæringsprogram med fokus på identifisering, kartlegging og behandling av delirium blant eldre.

Det overordnede målet er å øke sykepleiernes kompetanse gjennom en kunnskapsbasert tilnærming slik at de kan avdekke pasienter i risikogruppen og sette i gang egnede tiltak for å forhindre utvikling av delirium. Prosjektet skal undersøke hvorvidt et opplæringsprogram med teori og påfølgende praktiske øvelser kan være med på å styrke sykepleieres evne til å identifisere, kartlegge og behandle delirium blant eldre som står i fare for, eller har utviklet delirium på en medisinsk sengepost.

Det er utviklet flere kartleggingsverktøy med tanke på å avdekke om en pasient har delirium. En av testene som er godt anerkjent gjennom forskning er Confusion Assessment Method (CAM). CAM brukes for å påvise om pasienten har delirium. CAM er tidseffektiv, nøyaktig og brukervennlig, og er den mest brukte standardiserte testen for delirium både i klinikk og i forskning. Testen kan utføres på omtrent fem minutter, og kan gjennomføres av sykepleiere. En annen anerkjent test er Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) som måler alvorlighetsgraden ved delirium. Begge testene er oversatt til norsk og tilgjengelig for bruk i sykehuspraksis. Opplæring i bruk av disse inngår som en del av opplæringsprogrammet. Delirium er klinisk diagnose, og for å kunne sette diagnosen er det viktig å ha god innsikt i hvordan pasientens fysiske og kognitive funksjonsnivå er ved innleggelse, samt å innhente

informasjon om pasientens funksjon før sykehusinnleggelsen. Behandlingen av delirium er knyttet til å finne en bakenforliggende årsak, tilrettelegging for oversikt og kontroll, forebygging av komplikasjoner og støtte pasientens grunnleggende behov. Sykepleiere kan derfor sies å utgjøre en nøkkelrolle i identifisering, kartlegging og behandling av risikoutsatte pasienter og pasienter med delirium.

En norsk studie vedrørende sykepleiers møte med delirium blant eldre med hoftebrudd peker på at sykepleiere ikke har nok kunnskap om forebygging, utløsende årsaker og behandling samt konsekvensene av delirium. Det etterlyses en mer systematisk praksis med en felles forståelse, gjennom retningslinjer og prosedyrer i møte eldre som legges inn på sykehus.

Forskning underbygger min egen erfaring fra praksis. På sengeposten jeg jobber opplever jeg det som krevende å utforme et godt omsorgs- og behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Møtet med deliriøse eldre kan være vanskelig, fordi de ofte har liten innsikt i egen situasjon, liten bevissthet om egne behov og ofte liten vilje til å motta hjelp. Samtidig opplever jeg at rammene på en hektisk sykehusavdeling, ofte gjør det svært utfordrende og vanskelig å yte god omsorg og behandling til denne pasientgruppen.

Flere studier fremhever betydningen av pedagogiske intervensjoner og påpeker at kompetanseheving blant sykepleierne er sentralt for å kunne identifisere og behandle delirium. I enkelte studier hevdes det samtidig at det er relativt lite som skal til for å heve kunnskapsnivået. Intervensjoner med undervisning og opplæring kan være med på å endre personalets holdninger og legge til rette for bedre behandling av pasienter med delirium. Intervensjonsstudier har vist at delirium kan forhindres og behandles.

Prosjektet er delt inn i tre faser. Den første fasen er en kartlegging av kunnskap blant sykepleierne. Kartleggingen gjøres ved å undersøke kunnskapsstatus ved å anvende et standardisert spørreskjema og et samtaleintervju med sykepleierne. Fase to er intervensjonen, hvor det legges opp til en undervisningssekvens med teori og introduksjon av kartleggingsverktøyene og deretter en utprøvningsperiode på 8 uker. Fase tre består av en evaluering av prosjektet ved å undersøke kunnskapsstatus på nytt og et nytt samtaleintervju. Prosjektet springer ut fra en større studie ved Høgskolen på Gjøvik som min veileder førsteamanuensis Grethe Eilertsen leder.

I prosjektet ønsker jeg å inkludere seks sykepleiere. Det blir lagt opp til seks timers undervisning, fordelt i undervisningsblokker på to timer x tre. Utfylling av spørreskjema og intervjuene i forkant og etterkant av undervisningen vil ta ca. en time til sammen (30 min per gang). Se vedlagt fremdriftsplan for prosjektet.

Jeg vil gjerne komme på personalmøte for å informere om prosjektet. Ettersom jeg selv jobber i avdelingen vil jeg gjerne informere om prosjektet blant mine kollegaer slik at de som ønsker å være med kan henvende seg direkte til meg. Det er viktig at deltakerne ønsker delta, og det legges derfor opp til at de selv kan melde seg til deltagelse fortløpende. Når seks sykepleiere har meldt seg kan prosjektet starte. Jeg vil sørge for å dele ut informasjonsskriv til de som melder seg, og innhente skriftlig samtykke skjema.

Jeg er oppmerksom på at dette på kort sikt kan føre til en økt belastning på avdelingen. Jeg vil derfor legge vekt på å være fleksibel og hensynsfull i gjennomføring av prosjektet. Konkrete avtaler for tid og sted vil bli gjort i nært samarbeid med nærmeste leder/kontaktperson og de enkelte sykepleierne på en mest mulig fleksibel og praktisk måte. Jeg tillater meg å be om at deltakelse i studien på syv timer per deltaker inngår i den ordinære arbeidstiden. Av praktiske hensyn legges undervisning og intervjuene til et egnet rom innad på sykehuset.

Jeg ønsker selv å ha en aktiv rolle i alle faser av studien. Ettersom jeg selv jobber i avdelingen er det lett for meg å bistå om det skulle være spørsmål. Dersom det er ønskelig presenterer jeg gjerne studien min når den er slutført for avdelingens ansatte. Oppgaven planlegges avsluttet i mai 2015.

Min veileder ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold og/eller jeg kan kontaktes for eventuelle spørsmål.

Jeg imøteser et snarlig svar.

Med vennlig hilsen

Hanne Aas
Mastergradsstudent
Tlf: 979 80 056
e-mail: hanneaas86@hotmail.com

Grethe Eilertsen
Veileder
Tlf: 991 63 310
e-mail: grethe.eilertsen@hbv.no



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

KODE(M)

Kompetanse Om Delirium blant Eldre på medisinsk sengepost

Bakgrunn og formål

Studier viser at mange eldre som legges inn på sykehus står i fare for å utvikle delirium under oppholdet. Samtidig viser forskning at sykepleiere generelt kan for lite om delirium og at tilstanden ofte forveksles med demenssykdom og depresjon. Tilstanden blir derfor ofte underdiagnostisert og oversett i praksis.

Formålet med denne studien er å undersøke hvorvidt et opplæringsprogram over 10 uker setter sykepleiere i stand til identifisere, forebygge og/eller behandle eldre som har, eller står i fare for å utvikle delirium på en medisinsk sengepost. Prosjektet er et mastergradsprosjekt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Studien utgår fra en større studie i regi av Høgskolen i Gjøvik.

Studiens mål er å styrke sykepleieres kompetanse i å identifisere, forebygge og behandle delirium blant eldre på medisinsk sengepost.

Deltakergruppen skal bestå av seks sykepleiere som er interessert i temaet delirium og som ønsker å være med. De første seks som melder seg blir prosjektets deltagere.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien vil bestå av tre faser. Fase I innebærer en kartlegging av kunnskap og samtaleintervju ved prosjektets oppstart (varighet ca 30 minutter). Fase II er gjennomføring av opplæringsprogrammet so, vil bestå av undervisning ca 3 x 2 timer, inkludert opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Deretter skal du ta i bruk kartleggingsverktøyene i en periode på åtte uker. I fase III skal det gjennomføres en evaluering av prosjektet. Det vil da bli gjennomført en ny av kunnskapskartlegging og nytt samtale intervju hvor du er med på å evaluere undervisningen, kartleggingsverktøyene, og implementeringen av disse (varighet ca 30 minutter).

Kartleggingen av kunnskap skal foregå ved at du som deltaker skal svare på konkrete spørsmål avdekker hvilke kunnskap du har omkring delirium. I samtaleintervjuene vil dine og dine kollegaers erfaringer med identifisering, kartlegging og behandling av delirium være i fokus. Av praktiske årsaker vil jeg be om tillatelse til å gjøre lydopptak av intervjuene.

Målet er at du vil øke dine kunnskaper om en komplisert tilstand og kunne være med å endre dagens praksis overfor en sårbar pasientgruppe. Ved å delta har du også mulighet til å reflektere over dine erfaringer.

Som deltaker forplikter du deg å delta i alle fasene av prosjektet

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det kan være av interesse å sammenholde data både fra studien fra Høgskolen på Gjøvik og denne studien, med tanke på publisasjon av resultatene.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og alle opplysninger vil være avidentifiserte gjennom hele undersøkelsen samt i publiseringen av resultatene. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i studien. Innsamlede data vil bli behandlet ut fra gjeldene retningslinjer ved Vestre Viken Helseforetak.

Prosjektet skal etter planen avsluttes Mai 2015. Samtykke skal oppbevares i en konvolutt i en låsbar skuff sammen med spørreskjemaene. Lydopptakene skal lagres på høgskolens forskningsserver. Lydopptak vil bli slettet innen 31/12-2015.

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dog ikke etter at intervjuene er utskrevet og anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg eller min veileder førsteamanuensis Grethe Eilertsen.

Studien er vurdert og godkjent av personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen

Hanne Aas
Mastergradsstudent
Tlf: 979 80 056
e-mail: hanneaas86@hotmail.com

Grethe Eilertsen
Veileder
Tlf: 991 63 310
e-mail: grethe.eilertsen@hbv.no

OBS Dette eksemplaret kan beholde.



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Personvernombudet for forskning og
kvalitetssikring

**Kompetansesenter for personvern og
informasjonssikkerhet
Oslo universitetssykehus HF**

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Hanne Aas, HBV

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Tor Åsmund Martinsen

Dato: 12.05.14

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/
Personvernnummer: 2014/6873

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "KODE"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger /
helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens §
36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra
meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-
/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i
personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Høgskolen Buskerud og Vestfold.
2. Studien er godkjent av VV HF.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
7. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Med hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Tor Åsmund Martinsen
Personvernrådgiver

Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern